

DES PROMESSES AUX IMPACTS

ÉLIMINER LA MALNUTRITION D'ICI 2030



2016

Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2016* est une source faisant autorité en matière de connaissances orientées vers l'action pour la nutrition, qui dépasse la politique et guide le Mouvement SUN dans sa quête visant à faire de la nutrition une priorité. Ce rapport poursuit la poussée au-delà des limites fixées dans les éditions antérieures et porte un message optimiste soulignant que lorsque nous travaillons ensemble, notre impact collectif peut aboutir aux changements nécessaires pour transformer de manière durable les vies, les communautés et le futur. L'éradication de la malnutrition exige de la persévérance de notre part à tous, tandis que ce rapport s'impose comme notre épine dorsale et notre résolution. Il garantit également notre responsabilité, les uns vis-à-vis des autres et l'inspiration que peuvent nous apporter les réussites et les échecs des autres. Le *Rapport sur la nutrition mondiale* souligne les défis que représentent les formes multiples de malnutrition. Il signale également l'importance fondamentale de l'effort à investir dans la fenêtre critique des 1000 jours de sorte que chaque fille et chaque garçon puissent mener une vie heureuse, saine et productive. L'investissement dans la nutrition, c'est notre héritage collectif pour un monde durable en 2030.

TOM ARNOLD COORDONNATEUR PAR INTÉRIM DU MOUVEMENT SUN
GERDA VERBURG NOUVELLE COORDONNATRICE DU MOUVEMENT SUN

Le *Rapport sur la nutrition mondiale* confirme l'urgence de l'action collective pour combattre l'impact en cascade de la malnutrition sur les individus, les communautés et des sociétés tout entières. La réalité est que nous ne pourrons pas assurer un développement durable tant que nous ne traiterons pas les défis persistants de l'alimentation et de la nutrition qui sapent les opportunités des personnes les plus pauvres et les plus vulnérables de notre planète. Passer de la théorie à l'action nécessite de se concentrer spécifiquement sur les laissés-pour-compte qui pâtissent le plus de la crise persistante et des effets du changement climatique. Ce rapport confirme que les engagements SMART sont un moyen incontournable permettant d'aboutir au changement pour ceux qui en ont le plus besoin.

ERTHARIN COUSIN DIRECTRICE EXÉCUTIVE DU PROGRAMME ALIMENTAIRE MONDIAL

Parvenir à une bonne nutrition ne se résume pas aux aliments que nous consommons, sachant que ni la croissance économique ni la réduction de la pauvreté suffisent à elles seules pour la garantir. Il est donc essentiel que nous disposions d'un système global exhaustif pour surveiller régulièrement l'état nutritionnel des populations. La pauvreté dans le monde, dans sa définition d'absence de bien-être matériel, est difficile à mesurer avec précision. D'où l'importance de la surveillance de la sous-alimentation, non seulement en tant que but en soi, mais également en tant qu'indicateur parmi les les plus fondamentaux de la pauvreté dans un sens plus général. L'appel du *Rapport sur la nutrition mondiale* à une révolution des données sur la nutrition est aussi important qu'opportun.

ANGUS DEATON LAURÉAT DU PRIX DE LA BANQUE DE SUÈDE EN SCIENCES ÉCONOMIQUES EN MÉMOIRE D'ALFRED NOBEL EN 2015

Le troisième *Rapport sur la nutrition mondiale* arrive à un moment propice ; les dirigeants du monde entier sont pleinement engagés sur la voie des Objectifs de développement durable. Plus de la moitié de ces objectifs concernent la nutrition. Pour les atteindre, nous devons remodeler notre système alimentaire. Les défis sont immenses. Un tiers de la population mondiale est mal nourrie, alors que 30 % des produits alimentaires sont gaspillés. Nous avons abandonné les petits agriculteurs, les femmes et les jeunes. En revanche, certains pays ont fait des avancées rapides. Alors, comment pouvons nous étendre et soutenir de telles avancées ? Ce rapport continue à nous guider dans notre démarche en faveur d'un système alimentaire mondial qui tienne compte des besoins nutritionnels.

SHENGGEN FAN DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'INSTITUT INTERNATIONAL DE RECHERCHE SUR LES POLITIQUES ALIMENTAIRES

Le 1er avril 2016, l'Assemblée générale de l'ONU a déclaré la Décennie d'action des Nations Unies pour la nutrition pour la période 2016-2025. La Décennie d'action réitère l'appel lancé pour éradiquer la malnutrition sous toutes ses formes, une volonté ancrée dans la Déclaration de Rome sur la nutrition rédigée lors de la CIN2 et dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030. Elle constitue une voie privilégiée vers une impulsion mondiale durable en faveur de la nutrition. Avec ses partenaires, la FAO va œuvrer à faire en sorte que les systèmes alimentaires et agricoles contribuent davantage à la nutrition via une approche inclusive et largement partagée afin de mettre un terme à la malnutrition. Le *Rapport sur la nutrition mondiale*, par le suivi des engagements aux niveaux national et global, sera un pilier central propice à l'efficacité d'un effort collectif à l'appui de la Décennie d'action.

JOSÉ GRAZIANO DA SILVA DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'ORGANISATION DES NATIONS UNIES POUR L'ALIMENTATION ET L'AGRICULTURE (FAO)

La malnutrition sous toutes ses formes est une préoccupation globale, qui affecte en particulier les populations hautement vulnérables dans plusieurs régions du monde, notamment les Caraïbes et d'autres petits États insulaires en développement. La consommation excessive d'aliments à forte teneur énergétique, une forme de malnutrition, conjuguée à une activité physique insuffisante, a abouti à une épidémie d'obésité, de surpoids et à des maladies non transmissibles liées à la nutrition. Des cibles mondiales et des Objectifs de développement durable ambitieux ont été fixés pour répondre à ce problème. L'atteinte de ces cibles et objectifs nécessite une volonté politique et un leadership de tout premier ordre, soutenus par une société civile autonome et bien informée et par un secteur privé engagé. L'édition 2016 du *Rapport sur la nutrition mondiale* rassemble les dernières données et expériences disponibles dans le monde et fournit un outil excellent à l'appui des efforts visant à réduire la malnutrition sous toutes ses formes. Pour la Healthy Caribbean Coalition et d'autres organisations de la société civile, le *Rapport sur la nutrition mondiale* est une ressource importante pour la réponse multisectorielle à la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles.

SIR TREVOR HASSEL PRÉSIDENT DE LA HEALTHY CARIBBEAN COALITION

Étant donné que la faim et la malnutrition persistent malgré l'abondance d'aliments sains, il est de notre devoir, en tant qu'êtres humains, de transformer la chaîne de valeur alimentaire. Le *Rapport sur la nutrition mondiale* contribue non seulement à nous éclairer sur cette question alarmante, mais également à inciter le monde à agir en lui indiquant ce qui doit être fait. Je considère qu'il est de ma responsabilité, en tant que chef et fondateur de Gastromotiva, d'encourager la nouvelle génération de cuisiniers, de chefs et de leaders afin qu'unis, ils luttent contre la malnutrition.

DAVID HERTZ PRÉSIDENT-DIRECTEUR DE GASTROMOTIVA

Les politiques en matière de nutrition sont d'une grande importance pour la Norvège, à la fois sur le plan national et mondial. Alors que près de 800 millions de personnes souffrent de la faim dans le monde, l'obésité connaît une augmentation à la fois dans les pays riches et les pays pauvres. En 2017, la Norvège prévoit de lancer un Plan d'action en faveur de la nutrition et de l'alimentation. Notre objectif est d'encourager une alimentation saine et variée tout au long de la vie. Le plan tiendra compte de nos engagements internationaux, tandis que nous travaillerons activement avec l'Organisation mondiale de la Santé pour renforcer la nutrition dans le monde. Une bonne alimentation est non seulement essentielle pour notre santé et notre qualité de vie, mais également pour le climat. Je suis persuadé que les hommes politiques doivent travailler conjointement avec le secteur privé, les professionnels et la société civile afin de promouvoir une alimentation saine et une production alimentaire durable. À cet égard, le *Rapport sur la nutrition mondiale 2016* doit être un appel à l'action.

BENT HØIE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES DE SOINS DE LA NORVÈGE

Par sa synthèse de données sur la nutrition dans le monde, le *Rapport sur la nutrition mondiale 2016* exhorte implicitement notre communauté internationale à renouveler son engagement vis-à-vis de l'objectif mondial principal : faire de cette planète un monde où chacun, sans distinction de race, d'origine ethnique, de genre ou de milieu socio-économique, puisse avoir accès aux ressources dont il a besoin pour mener une vie saine, heureuse et selon une approche holistique. La plus élémentaire de ces ressources est l'alimentation. Fort heureusement, donner aux individus les moyens de se nourrir par eux-mêmes correctement, constitue également une des premières étapes vers un monde plus fort, plus riche et plus démocratique. Nous aspirons tous à ce monde et nous devons travailler pour l'obtenir. Ce rapport indique où et comment nous pouvons tous apporter notre contribution.

S.E. MME MARGARET KENYATTA PREMIÈRE DAME DE LA RÉPUBLIQUE DU KENYA

Les économies sont de plus en plus tributaires du numérique et de compétences et aptitudes plus poussées ; nos investissements dans l'« infrastructure de la matière grise » sont pour nous probablement les plus importants. Dans de trop nombreux pays à revenu faible et intermédiaire, les enfants sont défavorisés avant même d'avoir pu entrer à l'école, pour ne pas avoir bénéficié d'une nutrition adéquate dès leur plus jeune âge. Les taux de retard de croissance chez les enfants, qui s'élèvent à 45 % et peuvent atteindre 70 % dans certains pays, sont une tache dans notre conscience collective. Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2016* lance un appel à l'action essentiel pour que soient réalisés les investissements critiques nécessaires en matière de nutrition, de sorte que tous les enfants puissent s'épanouir et que nous bâtissions des sociétés solides et résilientes qui profiteront à tous.

JIM YONG KIM PRÉSIDENT DU GROUPE DE LA BANQUE MONDIALE

Chaque année, la sous-alimentation est à l'origine du décès de près de 3 millions d'enfants et menace l'avenir de plusieurs centaines de millions d'autres enfants. Elle compromet un développement sain de leur corps et de leur cerveau, et affecte par là même leur capacité à apprendre et à gagner leur vie plus tard à l'âge adulte. Sans oublier que la sous-alimentation n'a pas pour seule conséquence d'affecter la santé et le bien-être des enfants. En empêchant aux enfants de réaliser leur plein potentiel, la sous-alimentation compromet également la solidité de leurs sociétés.

Comme l'illustre le *Rapport sur la nutrition mondiale 2016*, le monde a réalisé d'importantes avancées. Plusieurs pays sont en bonne voie d'atteindre les cibles mondiales de la nutrition de 2025. À titre d'exemple, 99 pays ont fait des progrès dans la diminution du retard de croissance, un état qui brise la vie de plus de 150 millions d'enfants dans le monde entier. Le Mouvement pour le renforcement de la nutrition (SUN) a fédéré les gouvernements, la société civile, le secteur privé et des organisations internationales pour que ces acteurs fassent de la nutrition une priorité, via des investissements ciblés, des interventions adaptées et le suivi de nos progrès. Nous continuerons d'unir nos efforts pour une cause commune et avec l'engagement partagé d'en faire bénéficier chaque enfant.

ANTHONY LAKE DIRECTEUR EXÉCUTIF DE L'UNICEF

Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2016* met en lumière une question réellement importante : dans le monde entier, des millions d'enfants mangent trop d'aliments nocifs, tandis que plusieurs autres millions d'enfants ne mangent pas suffisamment d'aliments sains pour leur croissance et leur épanouissement. Comme l'indique le rapport, l'accès à une alimentation de bonne qualité et nutritive n'est pas simplement une question de choix personnel ; il relève de la responsabilité des gouvernements. Le temps est venu pour les dirigeants du monde entier de prendre et de mettre en œuvre des décisions ambitieuses et courageuses afin de lutter contre la malnutrition sous toutes ses formes. La consommation d'aliments frais et sains est un droit fondamental de chaque enfant. Faisons en sorte que cela devienne une réalité.

JAMIE OLIVER CHEF CUISINIER ET MILITANT

La nutrition est vitale pour la santé du peuple éthiopien. Elle est également vitale pour l'économie de notre pays. En fait, notre pays considère l'amélioration de la nutrition comme un facteur essentiel du développement économique. L'Éthiopie est fière de ses dernières avancées en matière de réduction de la malnutrition, mais elle reconnaît qu'il lui reste beaucoup de chemin à parcourir pour atteindre son objectif consistant à éliminer la malnutrition d'ici 2030. Nous sommes déterminés à atteindre cet objectif et tout aussi conscients qu'il nous faudra respecter cet engagement. Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2016* a déjà joué un rôle essentiel en nous aidant à réfléchir à notre travail en faveur de la nutrition. Nous nous réjouissons de ses contributions futures quant à l'évaluation des progrès et au renforcement de la redevabilité de toutes les parties prenantes impliquées dans l'élimination de la sous-alimentation.

S.E. ROMAN TESFAYE PREMIÈRE DAME DE LA RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE FÉDÉRALE D'ÉTHIOPIE



DES PROMESSES AUX IMPACTS

ÉLIMINER LA MALNUTRITION D'ICI 2030



2016

UNE PUBLICATION EXAMINÉE PAR LES PAIRS

Le présent rapport a été rédigé par un groupe d'experts indépendants (GEI) choisi par le Groupe des parties prenantes pour le Rapport sur la nutrition mondiale. Sa rédaction est le fruit d'un effort collectif des membres du GEI, secondés par d'autres analystes et rédacteurs. La liste ci-après cite l'ensemble des personnes ayant contribué à la rédaction de ce rapport :

Lawrence Haddad (co-présidente),Institut international de recherche sur les politiques alimentaires, Washington, DC, États-Unis ; **Corinna Hawkes** (co-présidente) City University de Londres, Royaume-Uni ; **Emorn Udomkesmalee** (co-présidente), Université Mahidol, Bangkok, Thaïlande ; **Endang Achadi**, Université d'Indonésie, Jakarta, Indonésie ; **Mohamed Ag Bendech**, Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, Accra, Ghana ; **Arti Ahuja**, ministère de la Santé et du Bien-être familial, Odisha, Inde ; **Zulfiqar Bhutta**, Center for Global Child Health, Toronto, Canada et Center of Excellence in Women and Child Health, Université d'Aga Khan, Karachi, Pakistan ; **Luzmaria De-Regi**l, Initiative pour les micronutriments, Ottawa, Canada ; **Jessica Fanzo**, Université Johns Hopkins, Baltimore, États-Unis ; *Patrizia Fracassi*, Secrétariat du Mouvement SUN, Genève, Suisse ; *Laurence M. Grummer-Strawn*, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse ; **Elizabeth Kimani**, African Population and Health Research Centre, Nairobi, Kenya ; **Yves Martin-Prével**, Institut de recherche pour le développement, Marseille, France ; **Purnima Menon**, Institut international de recherche sur les politiques alimentaires, New Delhi, Inde ; **Eunice Nago Koukoubou**, Université Abomey-Calavi, Bénin ; **Rachel Nugent**, RTI International, Seattle, États-Unis ; **Stineke Oenema**, Comité permanent des Nations Unies pour la nutrition, Rome, Italie ; **Judith Randel**, Development Initiatives, Bristol, Royaume-Uni ; **Jennifer Requejo**, Université Johns Hopkins, Baltimore, États-Unis ; **Tom Slaymaker**, UNICEF, New York, États-Unis ; **Boyd Swinburn**, Université d'Auckland, Nouvelle Zélande.

Nous remercions **Rafael Flores-Ayala**, membre du GEI, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, GA, États-Unis, pour ses contributions.

Parmi les autres personnes ayant contribué à l'analyse et la rédaction de ce rapport figurent : **Komal Bhatia**, Institute for Global Health, University College de Londres, Royaume-Uni ; **Kamilla Eriksen**, MRC Human Nutrition Research, Cambridge, Royaume-Uni ; **Natasha Ledlie**, Institut international de recherche sur les politiques alimentaires, Washington, DC, États-Unis ; **Josephine Lofthouse**, indépendante, Royaume-Uni ; **Tara Shyam**, indépendante, Singapour.

Les auteurs ayant contribué aux différents chapitres et sections sont : **Chizuru Nishida et Kaia Engesveen**, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse (Chapitre 3 : Cibles nationales d'amélioration de la nutrition de la mère, du nourrisson et du jeune enfant) ; **Rachel Crossley**, Fondation Access to Nutrition, Utrecht, Pays-Bas (Chapitre 3 : Cibles des entreprises) ; **Jessica Fanzo, Swetha Manohar, Katherine Rosettie et Sara Glass**, Université Johns Hopkins, Baltimore, États-Unis (Chapitre 4) ; **Chizuru Nishida et Kaia Engesveen**, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse (Annexe 4 : Méthodologie d'analyse des cibles SMART) ; **Chessa Lutter**, Organisation panaméricaine de la Santé, Washington, DC, États-Unis (Chapitre 5 : L'Initiative Hôpitaux amis des bébés) ; **Jessica Fanzo**, **Corinna Hawkes et Katherine Rosettie** (Annexe 5 : Comment prendre des engagements SMART en faveur de la nutrition : Note d'orientation) ; **Jordan Beecher**, Development Initiatives, Bristol, Royaume-Uni (Chapitre 7 : Dépenses des bailleurs de fonds) ; **Meera Shekar, Jakub Kakietek et Julia Dayton**, Banque mondiale, Washington, DC, États-Unis, **Robert Hecht, Shan Soe-Lin, Mary D'Alimonte et Hilary Rogers**, Institut Results for Development, Washington, DC, États-Unis (données et analyses relatives aux Figures 7.1 et 7.2) ; **Monica Kothari**, PATH, Washington, DC, États-Unis, avec les contributions de Fred Arnold, Bernard Barrere, Ann Way, Anne Cross, Ruilin Ren, Joy Fishel et Sri Poedjastoeti, ICF International, Washington, DC, États-Unis, du programme EDS (Chapitre 8 : Ventilation des données des EDS sur le retard de croissance et Figure 8.2 : Indicateurs des ODD axés sur la nutrition ; **Josephine Ippe**, UNICEF, New York, États-Unis (Chapitre 8 : Promouvoir la redevabilité dans les contextes difficiles de l'espace humanitaire).

Les auteurs des encadrés de ce rapport et leur affiliations sont : **Alem Abay**, Alliance mondiale pour l'amélioration de la nutrition, Genève, Suisse ; **Harold Alderman**, Institut international de recherche sur les politiques alimentaires, Washington, DC, États-Unis ; **Richmond Areetey**, Université du Ghana, Accra, Ghana ; **Fred Arnold**, ICF International, Washington, DC, États-Unis ; **Daniel Balaban**, ONU/PAM Centre d'excellence contre la faim, Brasilia, Brésil ; **Bernard Barrère**, ICF International, Washington, DC, États-Unis ; **Jordan Beecher**, Development Initiatives, Bristol, Royaume-Uni ; **Hannah Blencowe**, École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres, Royaume-Uni ; **Elaine Borghi**, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse ; **Howarth Bouis**, Institut international de recherche sur les politiques alimentaires, Washington, DC, États-Unis ; **Kurt Burja**, Programme alimentaire mondial, Kathmandou, Népal ; **Kent Buse**, ONUSIDA, Genève, Suisse ; **Suman Chakrabarti**, Institut international de recherche sur les politiques alimentaires, New Delhi, Inde ; **Esi Colecraft**, Université du Ghana, Accra, Ghana ; **Patricia Constante Jaime**, Université de São Paulo, Brésil ; **Camila Corvalan**, Université du Chili, Santiago, Chili ; **Jo Creed**, Jamie Oliver Foundation, Royaume-Uni ; **Anne Cross**, ICF International, Washington, DC, États-Unis ; **Alexis D'Agostino**, John Snow Research and Training Institute, Arlington, VA, États-Unis ; **Mary D'Alimonte**, Results for Development, Washington, DC, États-Unis ; **Subrat Das**, Centre for Budget and Governance Accountability, New Delhi, Inde ; **Mercedes de Onis**, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse ; **Claire Devlin**, Department for International Development, Londres, Royaume-Uni ; **Kaia Engesveen**, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse ; **Marina Ferreira Rea**, Centre brésilien d'analyse et de planification (CEBRAP), São Paulo, Brésil ; **Joy Fishel**, ICF International, Washington, DC, États-Unis ; **Patrizia Fracassi**, Secrétariat du Mouvement SUN, Genève, Suisse ; **Greg S. Garett**, Alliance mondiale pour l'amélioration de la nutrition, Genève, Suisse ; **Valerie Gatchell**, Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, Genève, Suisse ; **Sara Glass**, Université Johns Hopkins, Baltimore, États-Unis; **Jonathan Glennie**, Save the Children, Londres, Royaume-Uni ; **Germán González**, Secrétariat de la sécurité alimentaire et nutritionnelle (SESAN), Guatemala (ville), Guatemala ; **Lawrence Haddad**, Institut international de recherche sur les politiques alimentaires, Washington, DC, États-Unis ; **Stephen Haslett**, Université nationale australienne, Canberra, Australie et Université Massey, Palmerston North, Nouvelle Zélande ; **Sir Trevor Hassell**, Healthy Caribbean Coalition, Bridgetown, Barbade ; **Corinna Hawkes**, City University de Londres, Royaume-Uni ; **Siemon Hollema**, Programme alimentaire mondial, Bangkok, Thaïlande ; **Yves Horent**, Department for International Development, Londres, Royaume-Uni ; **Maisha Hutton**, Healthy Caribbean Coalition, Bridgetown, Barbade ; **Josephine Ippe**, UNICEF, New York, États-Unis ; **Lindsay Jaacks**, Université d'Emory, Atlanta, GA, États-Unis ; **Geoff Jones**, Université Massey, Palmerston North, Nouvelle Zélande ; **Kayenat Kabir**, Programme alimentaire mondial, Dhaka, Bangladesh ; **Justine Kavle**, PATH, Washington, DC, États-Unis ; **William Knechtel**, Secrétariat du Mouvement SUN, Genève, Suisse ; **Monica Kothari**, PATH, Washington, DC, États-Unis ; **Sascha Lamstein**, John Snow Research and Training Institute, Arlington, VA, États-Unis ; **Anna Lartey**, Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, Rome, Italie ; **Joy Lawn**, Amanda Lenhardt, Save the Children, Londres, Royaume-Uni ; **Ariela Luna**, ministère du Développement et de l'Inclusion sociale, Lima, Pérou ; **Corey L. Luthringer**, Alliance mondiale pour l'amélioration de la nutrition, Genève, Suisse ; **Chessa Lutter**, Organisation panaméricaine de la Santé, Washington, DC, États-Unis ; **Swetha Manohar**, Université Johns Hopkins, Baltimore, États-Unis; **Mduduzi Mbuya**, Université Cornell, Ithaca, NY, États-Unis ; **Purnima Menon**, Institut international de recherche sur les politiques alimentaires, New Delhi, Inde ; **Vagn Mikkelsen**, indépendant, Copenhague, Danemark ; **Chizuru Nishida**, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse ; **Albertha Nyaku**, PATH, Washington, DC, États-Unis ; **Abigail Perry**, Department for International Development, Londres, Royaume-Uni ; **Clara Picanyol**, Oxford Policy Management, Oxford, Royaume-Uni ; **Sri Poedjastoeti**, ICF International, Washington, DC, États-Unis ; **Amanda Pomeroy-Stevens**, John Snow Research and Training Institute, Arlington, VA, États-Unis ; **Victoria Quinn**, Helen Keller International, Washington, DC, États-Unis ; **Christa Rader**, Programme alimentaire mondial, Dhaka, Bangladesh ; **Neha Raykar**, Fondation de la santé publique de l'Inde, New Delhi, Inde ; **Ruilin Ren**, ICF International, Washington, DC, États-Unis ; **Marcela Reyes**, Université du Chili, Santiago, Chili ; **Katherine Richards**, Save the Children, Londres, Royaume-Uni ; **Rommy Ríos**, ministère du Développement et de l'Inclusion sociale, Lima, Pérou ; **Cecilia Rocha**, Université Ryerson, Canada ; **Mariana Rocha**, ONU/PAM Centre d'excellence contre la faim, Brasilia, Brésil ; **Jose Manuel Roche**, Save the Children, Londres, Royaume-Uni ; **Marie Rumsby**, Save the Children, Londres, Royaume-Uni ; **Shea Rutstein**, ICF International, Washington, DC, États-Unis ; **Faiza Shaheen**, Save the Children, Londres, Royaume-Uni ; **Suhail Shiekh**, École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres, Royaume-Uni ; **Tara Shyam**, Indépendante, Singapour ; **Shan Soe-Lin**, Results for Development Institute, Washington, DC, États-Unis ; **Paul Spiegel,** Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, Genève, Suisse ; **José Velásquez**, ministère du Développement et de l'Inclusion sociale, Lima, Pérou ; **Paola Victoria**, Secrétariat du Mouvement SUN, Genève, Suisse ; **Ann Way**, ICF International, Washington, DC, États-Unis ; **Caroline Wilkinson**, Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, Genève, Suisse.

Citation suggérée : International Food Policy Research Institute. 2016. *Rapport sur la nutrition mondiale 2016 : Des promesses aux impacts : Éliminer la malnutrition d'ici 2030*. Washington, DC.

Institut international de recherche sur les politiques alimentaires
2033 K Street, NW | Washington, DC 20006-1002 États-Unis | Téléphone : +1-202-862-5600 | www.ifpri.org

ISSN : 2380-6443 | DOI: http://dx.doi.org/10.2499/9780896295858

CRÉDITS PHOTOS : Page de couverture : iStock. Images des chapitres : p. 1, New York, UN/Cia Pak ; p. 14, Mozambique, Panos/A. Trayler-Smith ; p. 24 Japon, Panos/S. Freedman ; p. 32, HarvestPlus ; p. 44, iStock ; p. 60, Bangladesh, Panos/G. M. B. Akash ; p. 76, iStock ; p. 95, iStock ; p. 112, iStock.

CONCEPTION DE LA PAGE DE COUVERTURE : Julia Vivalo

CONCEPTION ET MISE EN PAGE : Joan Stephens

TABLE DES MATIÈRES

Documents supplémentaires en ligne xiii

Remerciements xiv

Abréviations xvi

Résumé analytique xviii

Chapitre 1 Le nouveau défi : Éliminer la malnutrition sous toutes ses formes d'ici 2030 1

Chapitre 2 Le paysage nutritionnel mondial : Évaluation des progrès 14

Chapitre 3 En ligne de mire : Avancées sur le front de l'établissement de cibles de nutrition 24

Chapitre 4 Nature et avancées des engagements de 2013 en faveur de la nutrition pour la croissance 32

Chapitre 5 Passer à l'action : Avancées et défis liés à la mise en œuvre de politiques et programmes en matière de nutrition 44

Chapitre 6 Accélérer la contribution des vecteurs sous-jacents à l'amélioration de la nutrition 60

Chapitre 7 Combler le besoin : Financer l'atteinte des cibles 76

Chapitre 8 Mesure des avancées vers l'atteinte des cibles 95

Chapitre 9 Appels à l'action 112

ANNEXES

Annexe 1 Pays où plusieurs formes de malnutrition se chevauchent 116

Annexe 2 Règles permettant d'établir si les pays sont ou non en bonne voie d'atteindre les cibles mondiales (dans le *Rapport sur la nutrition mondiale 2015*) 117

Annexe 3 Situation nutritionnelle des pays et avancées dans le domaine 119

Annexe 4 Méthodologie d'analyse des cibles SMART 132
CHIZURU NISHIDA ET KAIA ENGESVEEN

Annexe 5 Prendre des engagements SMART en faveur de la nutrition : Note d'orientation 134
JESSICA FANZO, CORINNA HAWKES ET KATHERINE ROSETTIE

Annexe 6 Vecteurs sous-jacents de la nutrition 138

Notes 141

Bibliographie 145

ENCADRÉS

Encadré 1.1 Ampleur de la malnutrition en 2016 2

Encadré 1.2 L'engagement en faveur de la nutrition importe-t-il ? 7
LAWRENCE HADDAD

Encadré 1.3 S'engager politiquement à l'égard de la nutrition....8
KENT BUSE

Encadré 1.4 Faire de la bonne nutrition une question de société : Les leçons de la Jamie Oliver Food Foundation 9
JO CREED

Encadré 1.5 Ainsi prit forme l'engagement politique du Brésil à l'égard de la nutrition....11
CECILIA ROCHA, PATRICIA CONSTANTE JAIME ET MARINA FERREIRA REA

Encadré 2.1 Huit cibles mondiales de nutrition adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé à l'horizon 2025 15

Encadré 2.2 Combien de bébés de faible poids naissent chaque année ? 19
HANNAH BLENCOWE, ELAINE BORGHI, MERCEDES DE ONIS, JULIA KRASEVEC, JOY LAWN ET SUHAIL SHIEKH

Encadré 2.3 Profil des pays du *Rapport sur la nutrition mondiale*....20
TARA SHYAM

Encadré 2.4 Les lancements du *Rapport sur la nutrition mondiale* dans différents pays peuvent susciter de nouvelles actions 21
LAWRENCE HADDAD

Encadré 3.1 Outils de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) visant à aider les pays à établir des cibles nationales de nutrition 26
ELAINE BORGHI, KAIA ENGESVEEN, CHIZURU NISHIDA ET MERCEDES DE ONIS

Encadré 3.2 Planification nationale de la lutte contre l'obésité au Kenya....28
LINDSAY JAACKS, JUSTINE KAVLE, ALBERTHA NYAKU ET ABIGAIL PERRY

Encadré 3.3 Les missions nutritionnelles en Inde font piètre figure en matière d'établissement de cibles 29
NEHA RAYKAR ET PURNIMA MENON

Encadré 4.1 Les engagements en faveur de la nutrition pour la croissance....34
PATRIZIA FRACASSI

Encadré 4.2 Exemples d'engagements pris lors du sommet N4G de 2013, sur la voie et atteints 36
SWETHA MANOHAR ET SARA GLASS

Encadré 4.3 Les engagements SMART sont plus faciles à suivre : Exemples de Cargill et de l'UNICEF 40
KATHERINE ROSETTIE, WERNER SCHULTINK ET TARYN BARCLAY

Encadré 5.1 Enseignements tirés des mécanismes de gouvernance intersectorielle en faveur de la nutrition : Commissions nationales de lutte contre les MNT dans les Caraïbes....46
MAISHA HUTTON ET SIR TREVOR HASSELL

Encadré 5.2 Traduire les cibles mondiales en actions nationales : Politiques SMART sur la réduction du sel en Argentine....51
CHESSA LUTTER

Encadré 5.3 Mise en œuvre de politiques publiques visant à promouvoir des régimes alimentaires sains au Chili....53
CAMILA CORVALAN ET MARCELA REYES

Encadré 5.4 Inciter le secteur privé à améliorer l'accès au sel iodé en Éthiopie....56
COREY L. LUTHRINGER, ALEM ABAY ET GREG S. GARETT

ENCADRÉS SUITE

Encadré 5.5 Organisations non gouvernementales à l'appui des programmes de micro-nutriments au Burkina Faso 57
VICTORIA QUINN

Encadré 6.1 Actions susceptibles d'avoir amélioré l'état nutritionnel au Ghana...63
RICHMOND AREETEY, ESI COLECRAFT ET ANNA LARTEY

Encadré 6.2 Réorienter les processus de passation de marchés publics vers la nutrition : Le cas du Brésil............................68
DANIEL BALABAN AND MARIANA ROCHA

Encadré 6.3 Bio-enrichissement : Comment passer à la vitesse supérieure ?...69
HOWARTH BOUIS

Encadré 6.4 Faire contribuer les programmes sur l'eau, l'assainissement et l'hygiène à la nutrition...................................70
MDUDUZI MBUYA

Encadré 6.5 Le cycle climatique El Niño : Succès et défis depuis 2015..72
YVES HORENT, CLAIRE DEVLIN ET ABIGAIL PERRY

Encadré 6.6 Intensifier l'orientation des actions d'éducation vers la lutte contre la malnutrition sous toutes ses formes 74
HAROLD ALDERMAN

Encadré 7.1 Guatemala et Pérou : l'accès aux données financières en temps voulu fait toute la différence dans les dépenses réelles et impulse la reddition de comptes à tous les niveaux 83
PAOLA VICTORIA, ARIELA LUNA, JOSÉ VELÁSQUEZ, ROMMY RÍOS, GERMÁN GONZÁLEZ, WILLIAM KNECHTEL, VAGN MIKKELSEN ET PATRIZIA FRACASSI

Encadré 7.2 Budgétiser la nutrition en Inde 84
SUMAN CHAKRABARTI, PURNIMA MENON ET SUBRAT DAS

Encadré 7.3 Les partenaires internationaux harmonisent leur assistance technique avec l'analyse budgétaire......................85
ALEXIS D'AGOSTINO, AMANDA POMEROY-STEVENS, CLARA PICANYOL, MARY D'ALIMONTE, PATRIZIA FRACASSI, SASCHA LAMSTEIN ET SHAN SOE-LIN

Encadré 7.4 Méthodes utilisées par les bailleurs de fonds pour estimer les éléments de dépenses contribuant à la nutrition 90
LAWRENCE HADDAD AND JORDAN BEECHER

Encadré 8.1 Étude de cas d'une EDS permanente au Pérou..98
MONICA KOTHARI AND SHEA RUTSTEIN

Encadré 8.2 Nutrition et exclusion 100
MARIE RUMSBY, KATHERINE RICHARDS, FAIZA SHAHEEN, JONATHAN GLENNIE, AMANDA LENHARDT ET JOSÉ MANUEL ROCHE

Encadré 8.3 Facteurs à prendre en compte dans la réflexion sur la collecte de données ventilées géographiquement..........105
MONICA KOTHARI, FRED ARNOLD, BERNARD BARRERE, ANN WAY, ANNE CROSS, RUILIN REN, JOY FISHEL ET SRI POEDJASTOETI

Encadré 8.4 Du caractère vital des cartes très détaillées sur la sous-alimentation à l'ère des Objectifs de développement durable 107
KURT BURJA, STEPHEN HASLETT, SIEMON HOLLEMA, GEOFF JONES, KAYENAT KABIR ET CHRISTA RADER

Encadré 8.5 Améliorer la redevabilité des actions en faveur de la nutrition dans les contextes d'urgence 109
JOSEPHINE IPPE

Encadré 8.6 Protéger l'état nutritionnel des réfugiés à l'ère des Objectifs de développement durable...............................110
CAROLINE WILKINSON, VALERIE GATCHELL ET PAUL SPIEGEL

FIGURES

Figure 1.1 Nombre d'indicateurs dans chaque ODD qui sont fortement axés sur la nutrition 3

Figure 1.2 Évolution de la situation et des facteurs nutritionnels au Brésil, entre 1980 et 2015 10

Figure 2.1 Nombre d'enfants de moins de 5 ans touchés par le retard de croissance et le surpoids, par région, 1990-2014 17

Figure 2.2 Surpoids et obésité, obésité seule et diabète chez l'adulte, par région de l'ONU, 2010 et 2014 17

Figure 2.3 Nombre de pays à différents stades de progrès par rapport aux cibles mondiales de nutrition 18

Figure 2.4 Pays sur le point de passer de la catégorie « en mauvaise voie » à la catégorie « en bonne voie », par indicateur nutritionnel 20

Figure 2.5 Pourcentage d'enfants de 6 à 59 mois qui ne souffrent ni de retard de croissance ni d'émaciation 23

Figure 3.1 Nombre de plans nationaux pour la nutrition, parmi les 122 référencés, dotés de cibles, de cibles SMART ou d'aucune cible pour améliorer la nutrition de la mère, du nourrisson et du jeune enfant 25

Figure 3.2 Présence de cibles pour améliorer la nutrition de la mère, du nourrisson et du jeune enfant dans les 122 plans nationaux pour la nutrition (%) 27

Figure 3.3 Part des entreprises dans l'Indice d'accès à la nutrition ayant établi des cibles claires dans divers domaines 31

Figure 4.1 Avancées globales par rapport aux engagements N4G, 2014, 2015 et 2016 35

Figure 4.2 Avancées par rapport aux engagements N4G pris par le groupe des signataires, 2016 35

Figure 4.3 Avancées par type d'engagement, regroupant les bailleurs de fonds, organisations de la société civile et pays 37

Figure 4.4 Part du total des engagements N4G nationaux de 2013 obéissant aux principes SMART, par catégorie 39

Figure 4.5 Nombre d'engagements N4G faisant référence à des formes spécifiques de malnutrition 41

Figure 4.6 Répartition des engagements N4G des gouvernements en matière de politiques et de programmes entrant dans les catégories du Cadre d'action de la CIN2 42

Figure 5.1 Statut juridique du Code de commercialisation des substituts du lait maternel dans les pays membres de l'ONU selon la région, 2016 48

Figure 5.2 Statut de la législation appuyant l'allaitement maternel exclusif, 2013 49

Figure 5.3 Couverture des établissements ayant déjà reçu l'appellation « Amis des bébés » dans 127 pays, données recueillies de 2007 à 2014 50

Figure 5.4 Nombre de pays ayant mis en œuvre des politiques en faveur d'une alimentation saine 51

Figure 5.5 Pays affichant les taux de couverture les plus élevés et les plus faibles pour les 12 interventions et pratiques visant à lutter contre la malnutrition de la mère et de l'enfant 55

Figure 5.6 Estimations de la couverture pour la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère dans 58 districts de 14 pays 57

Figure 6.1 Les vecteurs sous-jacents de l'amélioration de l'état nutritionnel 62

Figure 6.2 Contributions des différents facteurs sous-jacents aux réductions estimées du ratio taille-âge standardisé chez les enfants de moins de 5 ans 64

Figure 6.3 Pourcentage des 22 documents de politiques et stratégies en matière d'aide alimentaire humanitaire couvrant les questions contribuant à la nutrition dans différents domaines 73

FIGURES SUITE

Figure 7.1 Niveaux et sources de financement destinés à l'atteinte des cibles pour le retard de croissance, la malnutrition aiguë sévère, l'anémie et l'allaitement maternel exclusif, dans tous les pays à revenu faible et intermédiaire, d'ici 2025 78

Figure 7.2 Investissements supplémentaires requis pour concrétiser le scénario « Solidarité internationale » pour tous les pays à revenu faible et intermédiaire, 2016-2025.....79

Figure 7.3 Enveloppe budgétaire pour les interventions spécifiques à la nutrition et y contribuant, 24 pays.....80

Figure 7.4 Allocations budgétaires spécifiques à la nutrition et y contribuant, 24 pays.....80

Figure 7.5 Enveloppe budgétaire estimative pour les interventions contribuant à la nutrition, 24 pays.....81

Figure 7.6 Enveloppe budgétaire pour les secteurs contribuant à la nutrition, 16 pays.....81

Figure 7.7 Part des allocations contribuant à la nutrition dans chaque secteur, 24 pays 82

Figure 7.8 Relation entre l'enveloppe budgétaire pondérée par enfant de moins de 5 ans contribuant à la nutrition et les dépenses des administrations publiques par habitant.....82

Figure 7.9 Dépenses spécifiques à la nutrition par donateur, 2014.....86

Figure 7.10 Dépenses d'APD des donateurs sur les interventions spécifiques à la nutrition, 2005-2014.....87

Figure 7.11 Évolution des dépenses spécifiques à la nutrition des donateurs nationaux et multilatéraux, 2013-2014.....88

Figure 7.12 Sources des dépenses pour les maladies cardiovasculaires, moyenne de huit pays à faible revenu.....91

Figure 7.13 Aide des donateurs sur tous les enjeux sanitaires et sur les MNT, 2000-2014 92

Figure 7.14 Dépenses d'APD consacrées aux MNT liées à la nutrition, par secteur, 2014 93

Figure 8.1 Nombre d'indicateurs des Objectifs de développement durable fortement axés sur la nutrition, par objectif.....96

Figure 8.2 Indicateurs des ODD axés sur la nutrition 97

Figure 8.3 Prévalence du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans, selon le quintile de richesse 101

Figure 8.4 Prévalence du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans, en milieu urbain ou rural, classé selon la taille de l'écart.....102

Figure 8.5 Prévalence du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans, en fonction de l'âge de la mère à la naissance de l'enfant, classé selon la taille de l'écart 102

Figure 8.6 Prévalence du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans, en fonction de la scolarité de la mère, classé selon la prévalence chez les enfants dont la mère n'a aucune éducation 103

Figure 8.7 Prévalence du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans, en fonction du sexe, classé selon la taille de l'écart.....103

Figure 8.8 Surpoids chez les enfants de moins de 5 ans, en fonction du sexe, classé selon l'écart entre filles et garçons 104

Figure 8.9 Allaitement maternel exclusif, en fonction du sexe, classé selon l'écart entre filles et garçons 104

Figure 8.10 Prévalence du retard de croissance en fonction des régions infranationales affichant le taux le plus faible et le taux le plus élevé, classé selon la taille de l'écart.....106

Figure 8.11 Taux de retard de croissance et d'émaciation dans les États fragiles et non fragiles 108

Figure 8.12 Nombre de personnes déplacées par la guerre 109

TABLEAUX

Tableau 1.1 Forger un engagement mondial à l'égard de la nutrition....4

Tableau 1.2 Principales stratégies et politiques publiques sur la sécurité alimentaire et nutritionnelle au Brésil....10

Tableau 2.1 Situation mondiale de la malnutrition....16

Tableau 2.2 Avancées mondiales vis-à-vis des cibles mondiales de nutrition....16

Tableau 3.1 Nombre de pays dotés de cibles axées sur l'obésité adulte, le diabète adulte et la réduction du sel, par région de l'OMS....27

Tableau 4.1 Engagements financiers des bailleurs de fonds lors du Sommet N4G et rapports soumis sur ces engagements....37

Tableau 4.2 Quatre exemples d'engagements SMART, ayant pour double fonction la lutte contre la sous-alimentation et l'obésité/les maladies non transmissibles liées à la nutrition....41

Tableau 5.1 Couverture des interventions et des pratiques visant à lutter contre la malnutrition de la mère et de l'enfant....54

Tableau 6.1 Seuils des vecteurs sous-jacents correspondant à un taux de retard de croissance anticipé de moins de 15 %....65

Tableau 6.2 Nombre de pays par nombre de vulnérabilités....66

Tableau 6.3 Quelques changements susceptibles d'être apportés dans les systèmes alimentaires pour atteindre les objectifs dans le domaine de l'alimentation....67

Tableau 6.4 Différencier un programme d'eau, assainissement et hygiène (WASH) contribuant à la nutrition d'un programme WASH conventionnel....71

Tableau 7.1 Décaissements déclarés par les bailleurs de fonds en faveur de la nutrition dans les R*apports sur la nutrition mondiale 2014-2016*, 13 donateurs (milliers de dollars)....89

DOCUMENTS SUPPLÉMENTAIRES EN LIGNE

Les documents d'accompagnement suivants peuvent être consultés à l'adresse : www.globalnutritionreport.org :

PROFILS NUTRITIONNELS

Les profils nutritionnels énumérés ici sont accessibles en ligne ; ils sont extraits de données recueillies en 2015. Leur prochaine mise à jour aura lieu en 2017.

Profils nutritionnels internationaux (données disponibles pour 82 indicateurs à l'échelle mondiale)

Profils nutritionnels régionaux (données disponibles pour 82 indicateurs, pour chacune des 6 régions de l'Organisation des Nations Unies)

Profils nutritionnels sous-régionaux (données disponibles pour 82 indicateurs, pour chacune des 21 sous-régions de l'Organisation des Nations Unies)

Profils nutritionnels nationaux (données disponibles pour 82 indicateurs, pour chacun des 193 États membres de l'Organisation des Nations Unies)

ENSEMBLES DE DONNÉES

Toutes les données utilisées dans le *Rapport sur la nutrition mondiale* et dans les profils nutritionnels

PLATEFORME DE VISUALISATION DES DONNÉES

TABLEAUX DE SUIVI DU SOMMET DE LA NUTRITION POUR LA CROISSANCE (N4G)

Avancées des pays : Tableau de suivi N4G

Avancées des entreprises : Tableau de suivi N4G

Avancées des organisations de la société civile : Tableau de suivi N4G

Avancées non financières des donateurs : Tableau de suivi N4G

Avancées des autres organisations : Tableau de suivi N4G

Avancées de l'ONU : Tableau de suivi N4G

ANNEXES TECHNIQUES

Annexe 7 Détails de l'évaluation des progrès depuis le Sommet de la nutrition pour la croissance de 2013 (en ligne)

Annexe 8 Indicateurs des Objectifs de développement durable axés sur la malnutrition sous toutes ses formes (en ligne)

REMERCIEMENTS

La répartition des contributions à cette troisième édition annuelle du *Rapport sur la nutrition mondiale* témoigne de la dynamique soutenue de tous, au-delà des seules parties prenantes de la nutrition, pour faire de l'élimination de la malnutrition sous toutes ses formes une priorité. Avec les co-présidents Lawrence Haddad, Corinna Hawkes et Emorn Udomkesmalee, le Groupe d'experts indépendants pour le Rapport comprend 22 chercheurs et professionnels de premier plan qui travaillent dans le monde entier et sur toutes les formes de malnutrition. Axé sur la planification, l'analyse, la rédaction et l'examen approfondi, le contenu de ce Rapport constitue un processus itératif complexe et rapide. Il n'est cependant pas le fruit exclusif de notre travail. C'est grâce à un grand nombre de personnes et d'agences que ce *Rapport sur la nutrition mondiale 2016* a pu être rédigé.

Nous adressons nos remerciements aux auteurs principaux, Lawrence Haddad et Corinna Hawkes, pour avoir piloté et fait avancer le Rapport de cette année. Ces auteurs ont reçu le soutien de l'équipe chargée de l'analyse des données, composée de Komal Bhatia, Kamilla Eriksen et Natasha Ledlie, ainsi que de la responsable de la coordination Tara Shyam, la responsable de la communication Josephine Lofthouse et la responsable des opérations Catherine Gee.

Nous remercions nos collègues de l'Institut international de recherche sur les politiques alimentaires (IFPRI) : Shenggen Fan, directeur général et Marie Ruel, directrice de la Division pauvreté, santé et nutrition. Nous exprimons également notre reconnaissance à la Division Gestion des communications et des connaissances, pour le soutien de sa directrice Katrin Park et de son équipe : Heidi Fritschel, Luz Marina Alvaré, Julia Vivalo, David Popham, Mulugeta Bayeh, Melanie Allen, Mandy Rodrigues, Marcia MacNeil, Nilam Prasai, Ghada Shields et Joan Stephens. Nous remercions également James Fields et Lynette Aspillera pour leur appui financier et administratif.

Un grand nombre de personnes ont enrichi le Rapport en contribuant par des encadrés et des sections de chapitres. Ces personnes sont citées sur la page Copyright. Nous tenons par ailleurs à remercier les personnes ci-après pour leur aide apportée en matière de données, de méthodes et de connaissances actualisées : Julia Krasevec (UNICEF) pour avoir fourni des données actualisées sur plusieurs indicateurs de couverture ; Monika Blossner et Elaine Borghi (OMS) pour avoir fourni des données actualisées sur des cibles de l'AMS et des informations sur les outils de suivi de l'OMS afin d'aider chaque pays dans ses objectifs de développement ; Krista Zillmer (Université de Tufts), Paula Veliz (Pontificia Université Catholique de l'Équateur), Dana Hawwash (Université de Gand), Veronika Polozkova (indépendante), Line Vogt (indépendante), Fanny Buckinx (OMS) et Yuriko Terada (OMS) pour les données et recherches relatives aux documents politiques ; Monica Kothari (PATH) pour son aide sur les données EDS nationales et ventilées ; José Luis Alvarez (Coverage Monitoring Network and Action Against Hunger) pour avoir fourni un accès aux données et aux analyses des données de couverture de la MAS ; Clara Picanyol et Robert Greener (Oxford Policy Management), William Knetchel (secrétariat du Mouvement SUN) et les membres du groupe consultatif de l'exercice « Global Harmonization of Budget & Expenditure Tracking Methods for Nutrition »" (SPRING, Results for Development, secrétariat du Mouvement SUN et MQSUN) pour l'analyse des allocations budgétaires nationales en faveur de la nutrition ; Simone Bosch et Bryony Sinclair (WCRF International) et Alena Matzke (NCD Alliance) pour leur analyse des engagements liés aux actions SMART à « double fonction » ; Janine Giuberti Coutinho, Arnoldo de Campos et Patricia Chaves Gentil (ministère du Développement social et de la Lutte contre la faim, gouvernement du Brésil) pour leur contribution sur les deux encadrés relatifs au Brésil ; Matt Gould et Shelley Thakral (CIFF), Manaan Mumma et Corinne Woods (Programme alimentaire mondial), Kedar Mankand (ONE), Nora Coghlan (Fondation Bill et Melinda Gates), Alessandro Demaio (NCDFREE et OMS), Rebecca Distler, Christy Feig, Andrea Vogt et Christopher Adasiewicz (Global Health Strategies) pour leurs conseils sur les illustrations et communications du rapport.

Le projet de Rapport de cette année a été révisé par un grand nombre de personnes. Nous remercions tout d'abord le personnel de l'American Journal of Clinical Nutrition pour avoir facilité l'examen externe à l'aveugle — l'éditeur Dennis M. Bier, ainsi que D'Ann Finley, Kisna Quimby et Charlotte Phillips — et les quatre réviseurs externes pour leurs précieux commentaires. Nous remercions également les personnes ci-après pour leurs observations écrites et détaillées sur les versions préliminaires du Rapport. Augustin Flory (CIFF) ; Michael Kalmus Eliasz, Lucy Gordon et ses collègues (DFID) ; Shawn Baker et Nora Coghlan (BMGF) ; Marie Rumsby (Save the Children, Royaume-Uni) ; Joanna Francis (Concern Worldwide) ; Katie Dain (NCD Alliance) ; Julia Krasevec (UNICEF) ; Chiziru Nishida, Monika Blossner, Elaine Borghi, Kaia Engesveen et Temo Waqanivalu (OMS) ; Kathleen Beckmann (ministère fédéral allemand de la Coopération économique et du Développement) ; Tanja Cohrs (GIZ) ; Clara Picanyol (Oxford Policy Management) ; Eiji Hinoshita (ministère des Affaires étrangères, Japon) ; Manaan Mumma (Programme alimentaire mondial) ; et Alessandro Demaio (NCDFREE et OMS).

Le GEI souhaite remercier le Groupe des parties prenantes pour l'orientation stratégique et l'aide fournies à la promotion de ce rapport. Nous remercions les co-présidents, Augustin Flory (CIFF) et Ferew Lemma (ministère de la Santé, Éthiopie), ainsi qu'Abdoulaye Ka (Cellule de lutte contre la malnutrition, Sénégal), Anna Lartey (Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture), Chris Osa Isokpunwu (correspondant gouvernemental SUN, Nigeria), David Nabarro (bureau du Secrétaire général des Nations Unies), Edith Mkawa (bureau du Président, Malawi, correspondant gouvernemental SUN), Francesco Branca (Organisation mondiale de la Santé) ; Milton Rondo Filho (ministère des Affaires étrangères, Brésil), Jane

Edmondson (Département britannique pour le développement international), Jean-Pierre Halkin (Commission européenne, réseau des bailleurs de fonds SUN), Jésus Búlux (secrétariat de Sécurité alimentaire et nutritionnelle, Guatemala), Jo-Ann Purcell (gouvernement canadien, réseau des bailleurs de fonds SUN), John Cordaro (Mars, réseau des entreprises SUN), Kate Houston (Cargill, réseau des entreprises SUN), Lucero Rodriguez Cabrera (ministère de la Santé, Mexique), Lucy Sullivan (1 000 jours, réseau des OSC SUN), Marc Van Ameringen (Alliance mondiale pour l'amélioration de la nutrition, réseau des entreprises SUN), Martin Bloem (Programme alimentaire mondial), Muhammad Aslam Shaheen (Planning Commission, Pakistan), Nina Sardjunani (ministère de la Planification du développement national, Indonésie), Shawn Baker (Fondation Bill et Melinda Gates, réseau des bailleurs de fonds SUN), Tom Arnold (Institute of International and European Affairs, coordonnateur SUN par intérim), et Werner Schultink (UNICEF).

Enfin, nous souhaitons exprimer toute notre gratitude aux organisations qui apportent un soutien financier au *Rapport sur la nutrition mondiale* : la Fondation Bill et Melinda Gates, le Programme de recherche du CGIAR sur l'agriculture pour la nutrition et la santé, la Children's Investment Fund Foundation, la Commission européenne, le ministère fédéral allemand de la Coopération économique et du Développement, le gouvernement canadien, le gouvernement néerlandais, Irish Aid, l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) et le Département britannique pour le développement international (DFID) et 1 000 Jours.

ABRÉVIATIONS

ADH	Aide au développement pour la santé
AMS	Assemblée mondiale de la Santé
APD	Aide publique au développement
ASPMSA	Afar Salt Producers Mutual Support Association
ATNF	Fondation Access to Nutrition
ATNI	Indice d'accès à la nutrition
BM	Banque mondiale
BMGF	Fondation Bill et Melinda Gates
CA	Cadre d'action (de la CIN2)
CBGA	Centre for Budget and Governance Accountability
CIFF	Children's Investment Fund Foundation
CIN2	Deuxième Conférence internationale sur la nutrition
CIR	Cadre intégré renforcé
ECMI	Estimations conjointes de la malnutrition infantile
ECOSOC	Conseil économique et social des Nations Unies
EDS	Enquête démographique et sanitaire
EDUCAN	Integrated Program for Vulnerable Children in Central America
EGIM	Enquête en grappes à indicateurs multiples
ELENA	Bibliothèque électronique de données factuelles pour les interventions nutritionnelles
ERC	Essai randomisé contrôlé
EVIPNET	Evidence-Informed Policy Network
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture
FIDA	Fonds international de développement agricole
FPN	Faible poids à la naissance
GIEC	Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat
GINA	Global Database on the Implementation of Nutrition Action
GNR	Rapport sur la nutrition mondiale
HAZ	Z-score du ratio taille-âge
HCC	Healthy Caribbean Coalition
HFA	Aide alimentaire humanitaire
HGSF	Programmes d'alimentation scolaire à base de produits locaux
HKI	Helen Keller International
IBFAN	International Baby Food Action Network
IFPRI	Institut international de recherche sur les politiques alimentaires
IHAB	Initiative Hôpitaux amis des bébés
IHME	Institut d'évaluation et de mesures de la santé
IMC	Indice de masse corporelle
JSE	Journée de la santé de l'enfant
LIST	Lives Saved Tool

MAM	Malnutrition aiguë modérée
MAS	Malnutrition aiguë sévère
MNT	Maladie non transmissible
N4G	Nutrition pour la croissance
NDHP	Programme Haïti de l'Université Notre Dame
NFHS	Enquête nationale sur la santé des familles
NLIS	Système d'information sur le paysage nutritionnel
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
ODD	Objectif de développement durable
OIT	Organisation internationale du Travail
OMC	Organisation mondiale du commerce
OMD	Objectif du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONU	Organisation des Nations Unies
OPM	Oxford Policy Management
OPS	Organisation panaméricaine de la santé
OSC	Organisation de la société civile
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PIB	Produit intérieur brut
PNI	Plan national d'investissement
R4D	Institut Results for Development
RSOC	Rapid Survey on Children
SDP	Système de distribution public
SESAN	Secrétariat de sécurité alimentaire et nutritionnelle
SMART	Spécifique, mesurable, atteignable, réaliste et limité dans le temps
SNPC	Système de notification des pays créanciers
SP	Soins prénatals
SPEED	Statistiques sur les dépenses publiques consacrées au développement économique
SPN	Soins post-natals
SUN	Mouvement pour le renforcement de la nutrition
TRAM	Taux de réduction annuel moyen
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
WASH	Eau, assainissement et hygiène
WCRF	World Cancer Research Fund International

RÉSUMÉ ANALYTIQUE

Parmi les obstacles auxquels la communauté internationale est confrontée aujourd'hui, rares sont ceux qui rivalisent en intensité avec la malnutrition, une condition qui touche directement une personne sur trois. La malnutrition se manifeste de bien des façons : des problèmes de croissance et de développement chez l'enfant aux personnes qui n'ont que la peau sur les os ou qui sont moins résistantes aux infections, en passant par les personnes en surpoids ou qui risquent de contracter des maladies chroniques parce qu'elles consomment trop de sel, de sucre, ou de graisses, ou encore, qui sont déficientes en vitamines et minéraux importants. La malnutrition et l'alimentation sont de loin les plus grands facteurs de risque pour la charge mondiale de morbidité : tous les pays font face à un grave problème de santé publique du fait de la malnutrition. Les conséquences économiques représentent des pertes de 11 % du produit intérieur brut (PIB) chaque année en Afrique et en Asie, tandis que la prévention de la malnutrition engendre 16 dollars de retour sur investissement pour chaque dollar dépensé. Dans le monde entier, les pays ont ratifié les cibles en matière de nutrition, mais, malgré les quelques progrès réalisés ces dernières années, le monde est mal parti pour les atteindre. Ce troisième bilan de l'état de nutrition dans le monde met en évidence divers moyens d'inverser cette tendance et d'éliminer toutes les formes de malnutrition d'ici 2030.

Au cours de la décennie écoulée, la dynamique en faveur de la nutrition s'est progressivement intensifiée. En 2012, l'Assemblée mondiale de la Santé adoptait les cibles mondiales de 2025 pour la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant. L'année suivante, elle fixait des cibles pour les maladies non transmissibles (MNT), y compris celles se rapportant à la nutrition. Également en 2013, lors du premier Sommet de la nutrition pour la croissance (N4G), les bailleurs de fonds s'engageaient à hauteur de 23 milliards de dollars EU en faveur d'actions visant à améliorer la nutrition. À la suite de la deuxième Conférence internationale sur la nutrition (CIN2) en 2014, et de la récente consécration par les Nations Unies des années 2016 à 2025 comme Décennie d'action sur la nutrition, de plus en plus de personnes ont commencé à reconnaître l'importance de lutter contre la malnutrition sous toutes ses formes. En 2015, les objectifs de développement durable (ODD) des Nations Unies consacraient l'impératif d'« éliminer toutes les formes de malnutrition », mettant le monde au défi de penser et d'agir différemment sur le front de la malnutrition — de se pencher sur toutes ses facettes et de s'efforcer de l'éliminer, dans toutes les franges de la population, d'ici 2030.

Aujourd'hui, l'année 2016 offre de belles occasions de traduire cet engagement en action. Comptent au nombre de ces occasions l'adoption par les pays de leurs propres cibles relatives aux ODD, le processus en cours de Nutrition pour la croissance et le leadership croissant du Japon en matière de nutrition dans la perspective des Jeux olympiques et paralympiques de Tokyo en 2020.

Le *Rapport sur la nutrition mondiale* est le seul compte rendu annuel, indépendant et exhaustif, de l'état de la nutrition dans le monde. Il s'agit d'une initiative multipartenaire qui nous renvoie à nos succès et à nos échecs relativement à l'atteinte des cibles intergouvernementales de nutrition[1]. Il documente les avancées enregistrées par rapport aux engagements pris sur la scène internationale et recommande les actions à mener pour accélérer ces progrès. Le *Rapport sur la nutrition mondiale* se veut un point de repère, sur fond d'exemples d'évolution et d'actions à mener. Le rapport de cette année a pour thème la prise — et la mesure — d'engagements SMART en faveur de la nutrition, et la définition des dispositions à prendre pour éliminer la malnutrition sous toutes ses formes d'ici 2030.

PRINCIPAUX RÉSULTATS

1 La malnutrition provoque une cascade de défis individuels et sociétaux, et autant de possibilités.

La malnutrition et les mauvais régimes alimentaires sont le principal facteur de la charge mondiale de morbidité. Nous savons déjà que les pertes annuelles de PIB dues à l'insuffisance pondérale, aux problèmes de croissance chez l'enfant et aux carences en micronutriments avoisinent les 11 % en Asie et en Afrique – soit un chiffre supérieur aux pertes enregistrées pendant la crise financière de 2008 à 2010. Ce rapport présente de nouvelles données sur le coût de la malnutrition, tant pour les individus que pour les sociétés. Aux États-Unis, par exemple, lorsqu'un membre de la famille est obèse, le ménage doit faire face à des frais médicaux annuels supplémentaires équivalant à 8 % de son revenu annuel. En Chine, un diagnostic de diabète entraîne une perte de revenu annuel de 16,3 % pour les personnes atteintes. Tous ces chiffres signifient que le fardeau de la malnutrition nous touche tous durement, que nous en souffrions directement ou pas. Toutefois, ces coûts représentent aussi de vastes possibilités d'améliorer la situation humaine et économique, et le présent rapport fournit de nombreux exemples de pays qui ont saisi ces occasions pour améliorer la vie de leur population et la santé de leurs sociétés en luttant contre la malnutrition.

2 Le monde est mal parti pour atteindre les cibles mondiales, mais il y a de l'espoir.

Si la tendance se maintient, le monde n'atteindra pas les cibles mondiales de nutrition adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé. Toutefois, cette évaluation cache d'importantes variations et quelques surprises : beaucoup de pays sont en bonne voie d'atteindre les cibles en matière de retard de croissance, d'émaciation et de surpoids chez les enfants de moins de 5 ans, ainsi que d'allaitement maternel exclusif. Cependant, presque tous les pays sont

LA MALNUTRITION SOUS TOUTES SES FORMES



RETARD DE CROISSANCE CHEZ L'ENFANT
Taille insuffisante par rapport à l'âge



ÉMACIATION CHEZ L'ENFANT
Poids insuffisant par rapport à la taille



SURPOIDS CHEZ L'ENFANT
Poids excessif par rapport à la taille



SURPOIDS CHEZ L'ADULTE
Accumulation excessive de graisse, avec un indice de masse corporelle ≥ 25



CARENCE EN MICRONUTRIMENTS
Bilan ferrique, iodé, de vitamine A, de zinc et d'acide folique en deçà des seuils critiques



OBÉSITÉ CHEZ L'ADULTE
Accumulation excessive de graisse, avec un indice de masse corporelle ≥ 30



MALADIES NON TRANSMISSIBLES
Diabète, maladies cardiaques, et certains cancers

en mauvaise voie d'atteindre les cibles en matière d'anémie chez la femme, et de surpoids, de diabète et d'obésité chez l'adulte. L'obésité et le surpoids, qui sont en hausse sur tous les continents et dans presque tous les pays, représentent aujourd'hui un défi mondial écrasant. Le nombre d'enfants de moins de 5 ans qui sont en surpoids se rapproche du nombre de ceux qui souffrent d'émaciation. Ce titre cache aussi des variations régionales : le nombre d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance diminue sur tous les continents sauf en Afrique et en Océanie, tandis que le nombre d'enfants de moins de 5 ans en surpoids augmente le plus rapidement en Asie. Derrière ces chiffres assez sombres se profile néanmoins une lueur d'espoir : de modestes évolutions pourraient mettre nombre de pays sur la voie des cibles mondiales. Ce rapport fait état des domaines qui signalent ces possibilités.

3 La nutrition est au cœur des Objectifs de développement durable.

Au moins 12 des 17 Objectifs de développement durable contiennent des indicateurs qui sont fortement axés sur la nutrition, reflétant ainsi le rôle central que joue la nutrition dans le développement durable. L'amélioration de la nutrition constitue une plateforme pour les avancées en matière de santé, d'éducation, d'emploi, d'autonomisation des femmes, et de réduction de la pauvreté et des inégalités. De leur côté, la pauvreté et les inégalités, l'eau, l'assainissement et l'hygiène, l'éducation, les systèmes alimentaires, le changement climatique, la protection sociale et l'agriculture ont tous un impact important sur les résultats nutritionnels. Ce rapport montre que le pouvoir et le statut des femmes constituent un important facteur de malnutrition : les mères de moins de 18 ans sont plus susceptibles d'avoir des enfants souffrant d'un retard de croissance, tandis que cette affection est moins fréquente chez les enfants dont la mère a un diplôme d'études secondaires. Il importe par conséquent d'incorporer les cibles de nutrition dans les secteurs sociaux et de développement, où bon nombre de gouvernements dépensent plus de 30 % de leur budget, et de mesurer les impacts des dépenses dans ces secteurs sur la nutrition de la population.

4 Les engagements actuels ne correspondent pas aux besoins.

Compte tenu de l'ampleur du problème de la malnutrition, les dépenses actuelles pour le surmonter sont trop faibles. Les analyses révèlent que 24 gouvernements à revenu faible et intermédiaire dédient à peine 2,1 % de leurs dépenses à la réduction de la sous-alimentation, tandis qu'ils consacrent un total de plus de 30 % à l'agriculture, l'éducation, la santé et la protection sociale. Les allocations des bailleurs de fonds aux interventions spécifiques à la nutrition stagnent à 1 milliard de dollars, mais nous estimons que leurs allocations à la nutrition par le biais d'autres secteurs sociaux et de développement augmentent. Les dépenses destinées à combattre les maladies non transmissibles (MNT) liées à la nutrition semblent insuffisantes elles aussi. Il ne nous est pas possible d'établir, à l'heure actuelle, le montant que les gouvernements consacrent à la lutte contre ces maladies. En 2014, les bailleurs de fonds ont dépensé 611 millions de dollars pour lutter contre tous les types de maladies non transmissibles – ce qui représente moins de 2 % de leurs dépenses de santé totales. Par ailleurs, bien que les MNT liées à la nutrition représentent près de la moitié de l'ensemble des décès et des cas d'invalidité dans les pays à revenu faible et intermédiaire, les nouvelles données présentées dans ce rapport indiquent que les bailleurs de fonds ont consacré à peine 50 millions de dollars à ces typologies de MNT en 2014.

5 Les cibles et engagements SMART comptent.

Spécifique
Mesurable
Atteignable
Réaliste
Temps, limité

Le présent rapport constate que les bailleurs de fonds et les gouvernements qui ont accordé la priorité à la nutrition dans leurs documents politiques ont dépensé davantage pour la nutrition. Les entreprises affichant des engagements plus fermes en faveur de la nutrition sont plus à même de formuler des produits, une démarche commerciale et un étiquetage favorisant la nutrition. Les pays qui fixent des cibles relatives à la sous-alimentation réduisent aussi plus rapidement le retard de croissance. Malgré tout, les analyses révèlent que la plupart des plans de nutrition ne renferment pas l'ensemble des cibles pour la nutrition de la mère, du nourrisson et du jeune enfant, et que, même lorsque les pays se sont fixé des cibles, seuls les deux tiers d'entre elles obéissent aux principes SMART. De plus, seuls 30 % des pays se sont dotés de cibles pour la réduction de l'obésité, du diabète et de la consommation de sel dans leur plan national de lutte contre les MNT. En ce qui a trait au N4G, notre analyse montre que seuls 29 % des engagements de 2013 obéissent aux principes SMART et que la majorité d'entre eux ne précisent pas quels types de malnutrition ils cherchent à combattre.

6 Le passage de la parole aux actes s'impose.

Le présent rapport souligne la nécessité de renforcer considérablement la mise en œuvre tant des politiques que des programmes. En effet, les politiques et programmes de base en faveur de l'allaitement maternel accusent de graves retards : seuls 36 % des pays mettent en œuvre l'ensemble ou nombre des dispositions du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. Aucun pays n'a adopté une approche globale réglementant la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants. Les deux tiers des pays n'affichent aucune avancée dans la mise en œuvre des trois principales recommandations de l'OMS pour favoriser une alimentation saine (réduction du sel, réduction des gras trans et saturés, et mise en œuvre des recommandations de l'OMS sur la commercialisation d'aliments ciblant les enfants). Dans le même ordre d'idées, l'intensification des programmes ciblant directement la sous-alimentation a été lente et inéquitable. Les mécanismes de coordination des actions entre les différents secteurs constituent un maillon clé pour le succès de la mise en œuvre, mais, pour faire une différence, il importe qu'ils s'appuient sur des ressources humaines et financières, ainsi que sur un soutien de haut niveau.

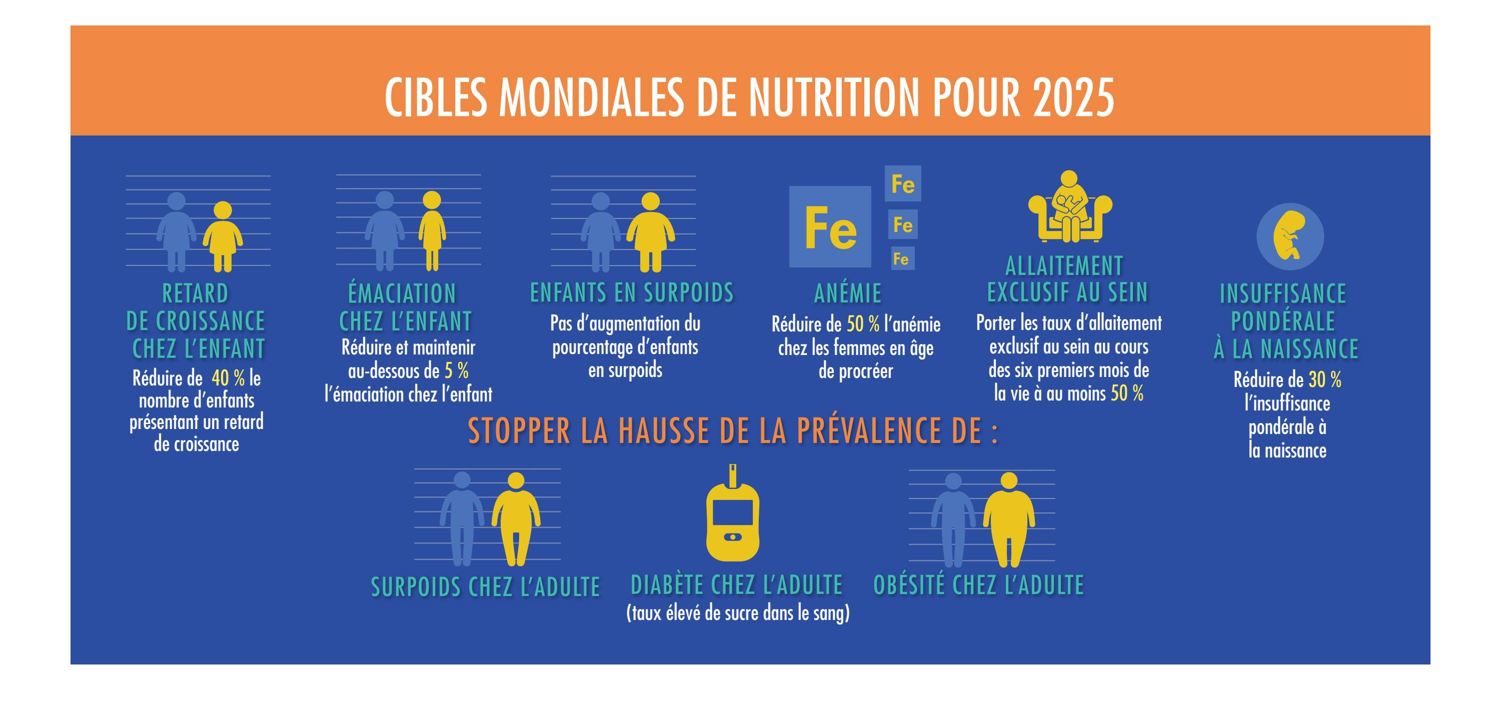
7 Les données et connaissances actuelles sont insuffisantes pour maximiser les investissements.

Le présent rapport appuie l'appel à une révolution des données sur la nutrition. La pénurie de données nous empêche de cerner les avancées réelles à l'échelle mondiale et nationale, et d'en tirer des enseignements. Elle cache aussi les inégalités au sein des pays, rendant plus difficile aux gouvernements la possibilité de s'informer de leur existence et aux autres acteurs de tenir les gouvernements pleinement redevables. Ce rapport recommande la désagrégation des données afin de mieux cerner les foyers de malnutrition : dans une analyse de plus de 50 pays, le retard de croissance dans la région infranationale présentant le taux le plus élevé est trois fois supérieur à celui de la région infranationale présentant le taux le plus faible. Dans 13 pays, les taux de retard de croissance dans le quintile le plus riche de la société dépassaient les 20 %, ce qui vient contredire la notion selon laquelle un revenu plus élevé équivaut forcément à une bonne nutrition. Nous sommes aux prises avec de graves déficits de données en ce qui concerne les dépenses consacrées aux actions favorisant la nutrition et celles luttant contre l'obésité et les MNT liées à la nutrition, la couverture et l'impact des programmes s'attaquant à toutes les formes de malnutrition, l'état nutritionnel des 60 millions de personnes déplacées par les conflits, et la prévalence et les tendances de la malnutrition dans les États fragiles. Enfin, nos connaissances sont insuffisantes pour comprendre les épisodes de succès et de stagnation et les facteurs sous-jacents de l'obésité et des MNT.

APPELS A L'ACTION

1 Faire le choix politique d'éliminer toutes les formes de malnutrition.

Certes, nous sommes mal partis pour atteindre les cibles de nutrition. L'anémie, par exemple, décline tellement lentement qu'au rythme actuel, nous atteindrons la cible mondiale plus près de 2130 que de 2030. Loin de régresser, l'obésité et le surpoids sont au contraire en hausse, ce qui met en péril les cibles mondiales de



nutrition. Toutefois, ce sombre tableau peut évoluer : la réduction spectaculaire de la malnutrition au Brésil, au Pérou, au Ghana et dans l'État indien du Maharashtra a été impulsée par des gouvernements et d'autres acteurs qui ont pris des engagements – et qui les ont respectés. En définitive, l'élimination de la malnutrition est un choix politique que doivent faire les dirigeants, bailleurs de fonds, organisations de la société civile et entreprises aux échelons international, national et infranational. Le fait de prendre des engagements SMART en faveur de la nutrition tracerait une trajectoire de développement différente pour les pays – et les populations – du monde entier.

2 Investir davantage et mieux répartir les fonds.

L'investissement dans l'élimination de la malnutrition est l'une des mesures les plus rentables que puissent prendre les gouvernements : chaque dollar investi dans des programmes de nutrition éprouvés offre un retour de 16 dollars. Pour respecter les étapes mondiales clés en matière de nutrition, il reviendra aux gouvernements et aux bailleurs de fonds de tripler leurs engagements en faveur de la nutrition au cours de la prochaine décennie. Une augmentation rapide des dépenses et l'amélioration subséquente de la nutrition sont possibles, comme l'attestent les exemples comme celui l'État indien du Maharashtra sur le front de la lutte contre la sous-alimentation. Par ailleurs, les gouvernements, les organisations de la société civile, les bailleurs de fonds et les entreprises doivent redoubler d'efforts pour veiller à ce que les budgets dans divers secteurs – l'agriculture, l'éducation, les systèmes alimentaires, les systèmes de santé, la protection sociale, et l'eau, l'assainissement et l'hygiène – consacrent davantage de moyens à l'élimination de la malnutrition sous toutes ses formes. Davantage de ressources doivent être consacrées au renforcement des capacités de lutte contre l'obésité, le diabète et autres MNT liées à la nutrition. Enfin, il nous faut commencer à percevoir les investissements en faveur de la nutrition comme autant de vecteurs de la croissance économique, plutôt que de considérer l'amélioration de la nutrition comme le résultat de la croissance économique.

3 Recueillir les données appropriées pour maximiser les investissements.

Les déficits de données représentent un obstacle considérable aux avancées en matière de nutrition à travers le monde. Chaque pays a un contexte nutritionnel différent et devrait recueillir les données nationales et infranationales dont il a besoin pour comprendre sa propre situation et agir en conséquence. Dans l'esprit des ODD, les gouvernements, bailleurs de fonds, entreprises et organisations de la société civile devraient assurer le suivi – et rendre compte régulièrement – de leurs dépenses et de leur impact sur toutes les formes de malnutrition, à savoir le retard de croissance, l'émaciation, l'anémie, l'obésité et les MNT, ainsi que sur l'allaitement maternel exclusif.

4 Investir dans l'application de solutions éprouvées et dans l'identification de nouveaux moyens.

À l'heure actuelle, nous disposons de suffisamment d'expérience, de données et de preuves pour améliorer les résultats nutritionnels. Les exemples du Brésil, du Ghana, du Pérou et d'autres pays, présentés dans ce rapport, peuvent éclairer les approches nationales. Nous savons quelles interventions sont les plus efficaces pour lutter contre la sous-alimentation. Nous savons quelles politiques publiques ont de bonnes chances d'infléchir la malnutrition sous toutes ses formes. Nous avons appris qu'il est important de travailler avec les citoyens et la société civile afin de mettre sur pied des mécanismes de gouvernance intersectoriels. D'un autre côté, les gouvernements, les bailleurs de fonds et les chercheurs devraient s'efforcer de combler les déficits de connaissances qui freinent l'action : par exemple, notre manque de connaissances sur les facteurs qui sous-tendent l'émaciation, l'allaitement maternel non exclusif, l'obésité et le surpoids nuit à notre capacité à mobiliser des ressources en dehors du secteur de la santé pour les prévenir. Le fait d'en savoir plus sur les raisons pour lesquelles certains pays arrivent mieux que d'autres à surmonter les obstacles à la mise en œuvre et à l'atteinte de taux de couverture élevés dans les programmes de nutrition nous aidera à éliminer les goulots d'étranglement. De plus, la découverte de moyens à la fois novateurs et moins coûteux du point de vue de l'utilisation des données infranationales existantes – et de la collecte de nouvelles données au besoin – aidera à faire en sorte que personne ne soit laissé pour compte dans l'ère des ODD.

5 Lutter contre la malnutrition sous toutes ses formes.

C'est aux gouvernements, aux entreprises, aux organisations de la société civile et aux individus qu'incombe la lutte contre la malnutrition sous toutes ses formes. Cela revient à faire en sorte que les gouvernements des pays à revenu faible ou intermédiaire réduisent impérativement la sous-alimentation avant que l'obésité et les maladies non transmissibles liées à la nutrition ne deviennent encore plus accablantes, qu'ils intègrent la prévention et le contrôle du diabète et de l'obésité dans leur plan de nutrition et mettent en œuvre les politiques et interventions capables de les combattre, que les pays de l'OCDE tirent les enseignements des expériences vécues ailleurs dans le monde afin d'améliorer leurs stratégies nationales de lutte contre l'obésité et les MNT, que les bailleurs de fonds élargissent la portée de leurs activités de façon à reconnaître la menace que les maladies non transmissibles liées à la nutrition et l'obésité représentent pour la nutrition dans le monde, que toutes les parties prenantes redoublent d'efficacité dans leurs investissements et politiques en identifiant et en mettant en œuvre des actions à double fonction qui luttent contre plusieurs formes de malnutrition à la fois, et enfin, que toutes les parties prenantes intègrent la « nouvelle normalité » en matière de lutte contre la malnutrition, sous toutes ses formes, au même endroit, au même moment – un problème pour près de la moitié des pays de la planète.



1 LE NOUVEAU DÉFI : ÉLIMINER LA MALNUTRITION SOUS TOUTES SES FORMES D'ICI 2030

« ÉLIMINER LA MALNUTRITION SOUS TOUTES SES FORMES D'ICI 2030. » TEL EST LE DÉFI QUE LES DIRIGEANTS DU MONDE ENTIER NOUS ONT LANCÉ À TOUS, FIN 2015, LORSQU'ILS ONT dopté les Objectifs de développement durable (ODD).

C'est un défi formidable. Tous les pays font face à un grave problème de santé publique du fait de la malnutrition (IFPRI 2014). Une personne sur trois souffre d'une forme ou d'une autre de malnutrition (IFPRI 2015a). Ce fléau se manifeste sous bien des formes : des enfants atteints de problèmes de croissance et de développement, aux personnes qui n'ont que la peau sur les os ou qui sont moins résistantes aux infections, en passant par les personnes en surpoids ou dont le sang contient trop de sucre, de sel ou de cholestérol.

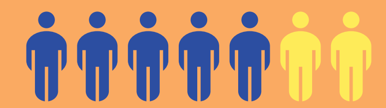
Les conséquences sont littéralement désastreuses (Encadré 1.1). On estime à 45 % le nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans liés à la malnutrition (Black et al. 2013). La malnutrition et les régimes alimentaires sont désormais les principaux facteurs de risque à l'origine de la charge mondiale de morbidité — et de loin (Forouzanfar et al. 2015). Les conséquences économiques représentent des pertes de 10 % du Produit intérieur brut (PIB), année après année — bien supérieures au pourcentage de pertes annuelles du PIB mondial au lendemain de la crise financière de 2008 à 2010 (Horton et Steckel 2013, IFPRI 2015a, World Economics 2016). De nouvelles estimations des coûts imputables à l'obésité et au diabète ont également été établies. Aux États-Unis, par exemple, un ménage dont un membre de la famille est obèse fait face à des frais médicaux annuels supplémentaires équivalant à 8 % de son revenu annuel (Su et al. 2015). En Chine, un diagnostic de diabète entraîne une perte de revenu annuel de 16,3 % pour les personnes atteintes (Liu et Zhu 2014).

La malnutrition est le résultat d'une interaction entre les régimes alimentaires de mauvaise qualité et les comportements et environnements sanitaires malsains, qui émergent en partie d'une multitude de facteurs sous-jacents, parmi lesquels l'instabilité politique, le faible développement économique, les conflits, les inégalités, ainsi que certaines dimensions de la mondialisation.

ENCADRÉ 1.1 AMPLEUR DE LA MALNUTRITION EN 2016

Bien qu'il soit impossible d'établir le nombre de personnes touchées par différentes formes de malnutrition (une même personne peut souffrir de plus d'une forme de malnutrition), l'ampleur de ce phénomène est stupéfiante.

SUR UNE POPULATION MONDIALE DE 7 MILLIARDS D'HABITANTS

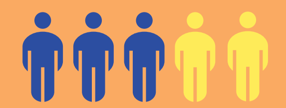


Environ 2 milliards souffrent de malnutrition par carence en micronutriments



Près de 800 millions souffrent d'une carence en calories

SUR UNE POPULATION DE 5 MILLIARDS D'ADULTES DANS LE MONDE



Près de 2 milliards sont obèses ou en surpoids

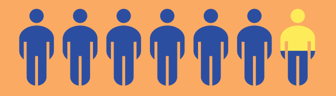


Un adulte sur 12 est atteint d'un diabète de type 2

SUR UNE POPULATION DE 667 MILLIONS D'ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS DANS LE MONDE



159 millions ont une taille trop petite pour leur âge (retard de croissance)



50 millions ont un poids insuffisant pour leur taille (émaciation)



41 millions sont en surpoids

SUR 129 PAYS DISPOSANT DE DONNÉES, 57 PAYS

présentent des niveaux dangereusement élevés de sous-alimentation et de surpoids chez l'adulte (obésité comprise)

Sources : malnutrition par carence en micronutriments : OMS (2009) ; surpoids et obésité : OMS (2016j) ; retard de croissance, émaciation et surpoids chez l'enfant : UNICEF, OMS, et Banque mondiale (2015) ; carence en calories : FAO (2015b) ; diabète : OMS (2016c). Multiples fardeaux : Les seuils de classement des pays dans chaque catégorie d'indicateur sont les suivants : retard de croissance chez les moins de 5 ans ≥ 20 %, anémie chez les femmes en âge de procréer ≥ 20 %, et surpoids et obésité chez l'adulte (BMI > 25) ≥ 35 %. Les résultats complets sont présentés en annexe, dans le Tableau A1.1.

POUVONS-NOUS METTRE UN TERME À LA MALNUTRITION D'ICI 2030 ?

Imaginez l'émergence d'une nouvelle maladie qui menace le potentiel d'une personne sur trois, affectant des individus d'âge et de pays confondus. Imaginez que le président de la Banque mondiale apparente ce fléau au fait d'« instiller les inégalités dans le cerveau des enfants ». Imaginez enfin que, bien que nous ayons à notre portée tous les moyens de traiter ou de prévenir cette nouvelle maladie, nombre de dirigeants, à tous les niveaux, ferment les yeux sur ces solutions. Ce serait, pour la plupart d'entre nous, un véritable scandale ! Cette maladie — la malnutrition en l'occurrence — est bien sûr déjà présente. Le scénario qu'il nous faut à présent éviter est la réaction qui pècherait par sa modération.

Le terrain n'a jamais été plus favorable pour une transition radicale du niveau d'engagement sur des actions percutantes pour améliorer l'alimentation. Méditez les points suivants.

Premièrement, les ODD représentent une série d'occasions sans précédent pour prendre des engagements en faveur de la nutrition. Nous estimons qu'au moins 12 des 17 ODD contiennent des indicateurs de suivi d'importants intrants nutritionnels (Figure 1.1). Le nombre le plus important d'indicateurs se retrouve dans les Objectifs « Égalité entre les sexes » et « Santé ». Les avancées vers l'atteinte de ces objectifs sont essentielles pour l'amélioration de l'état nutritionnel des populations. Si le milieu de la nutrition peut aider les partenaires au développement dans ces secteurs ainsi que

dans d'autres, pour accélérer l'évolution de ces indicateurs, alors il y gagne, tout comme la nutrition y gagne.

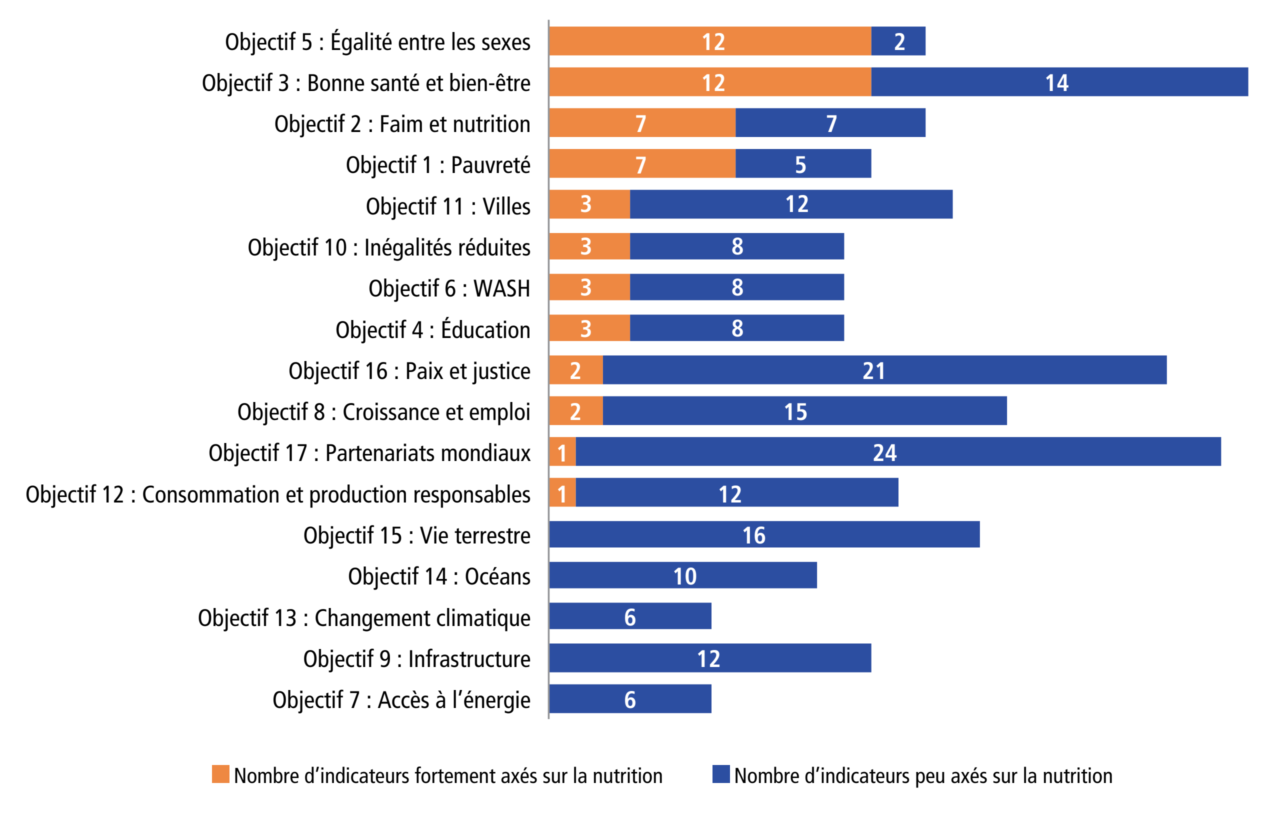
Deuxièmement, des économistes de premier plan adoptent les arguments économiques pour investir dans la nutrition. Ainsi, l'année passée, le président de la Banque africaine de développement — une organisation réputée dans le financement des routes, des ports et des ponts — a appelé de ses vœux une révolution des investissements dans l'« infrastructure de la matière grise » — en d'autres termes, des investissements pour prévenir la malnutrition en début de vie (GLOPAN – Panel mondial sur l'agriculture et les systèmes alimentaires pour la nutrition 2016). De son côté, le ministre des Finances de l'Inde, dans son enquête économique 2015-2016, consacre un chapitre entier au traitement de la malnutrition, qu'il amorce avec cette déclaration : « Imaginez le gouvernement comme un investisseur s'efforçant de maximiser la croissance économique de l'Inde à long terme. Compte tenu de ses contraintes budgétaires et de capacités, vers où devrait-il orienter ses investissements ? Ce chapitre révèle en fait que des programmes relativement peu onéreux de santé et de nutrition de la mère et du nourrisson peuvent produire d'importants retours sur investissement » (Inde, Ministry of Finance 2016).

Troisièmement, il y a un réel espoir que l'Inde, si longtemps synonyme du problème de la malnutrition, devienne une partie incontournable de la solution. Le pays a presque doublé son taux de réduction du retard de croissance en dix ans, par rapport à la décennie antérieure (IFPRI 2015a). C'est là un résultat d'autant plus significatif que l'Inde accueille plus d'un tiers des enfants touchés par le retard de croissance dans le monde. Le réveil de l'Inde à la malnutrition sous toutes ses formes pourrait bien changer la donne du point de vue des perspectives mondiales d'atteinte des ODD, tout comme la Chine à son heure, avec les Objectifs du Millénaire pour le développement. Comme tous les autres pays, pourtant, l'Inde doit aujourd'hui se pencher sur son taux croissant d'individus en surpoids, et, en particulier, son taux élevé de personnes atteintes de diabète.

Quatrièmement, comme l'établit le *Rapport sur la nutrition mondiale 2015*, les décideurs, tant au sein du milieu de la nutrition qu'à sa périphérie, réalisent combien le fait de mettre un terme à la malnutrition s'aligne à la perfection sur les autres impératifs de développement, consistant notamment à ralentir le changement climatique, à rendre les systèmes alimentaires plus sains et plus durables, et à aider les entreprises à agir plus résolument en faveur du développement durable.

Enfin, la dynamique en faveur de la nutrition est particulièrement intense à l'heure actuelle. Comme l'illustre le Tableau 1.1, ces dernières années ont été marquées par de nombreux engagements et déclarations planétaires étroitement liés à l'égard de la nutrition. Tous sont bien sûr volontaires, mais leur nombre fait leur force, à tel point qu'ils finissent par constituer une plateforme à partir de laquelle pourrait se faire jour une forme d'engagement politique

FIGURE 1.1 Nombre d'indicateurs dans chaque ODD qui sont fortement axés sur la nutrition



Source: Auteurs.

et de redevabilité. La Décennie d'action sur la nutrition, adoptée à l'occasion de l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies en 2016, renforce l'engagement pris par les pays pour atteindre d'ici 2025 les cibles mondiales de nutrition adoptées par les États membres de l'Organisation mondiale de la Santé (ces cibles sont présentées dans le Tableau 2.2). Les ODD élargissent notre rayon d'action et nous accordent cinq années supplémentaires pour lutter contre les différentes formes de malnutrition, voire en éliminer certaines. Le niveau d'ambition des cibles des ODD pour la nutrition à l'horizon 2030 reste encore à établir, tandis que l'Organisation mondiale de la Santé a été sollicitée pour organiser des discussions autour de ce thème.

Le Sommet de la Nutrition pour la croissance (N4G) qui se tiendra en 2016 à Rio de Janeiro représente la prochaine occasion pour les pays de se rassembler pour débattre de leurs engagements. Il importe que toutes les parties prenantes de la nutrition profitent de ce moment pour s'engager sur la voie de l'élaboration d'engagements SMART (c'est-à-dire, spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes et limités dans le temps), ambitieux et harmonisés pour mettre un terme à la malnutrition sous toutes ses formes.

Bien que les astres semblent parfaitement alignés pour un changement radical sur le plan des engagements à l'égard de la nutrition, il importe de tenir compte des défis extérieurs, parmi lesquels la perspective d'un ralentissement de la croissance économique mondiale, du nombre croissant de personnes déplacées par les conflits et des pressions à la baisse sur les budgets d'aide publique. Conscients des défis susceptibles d'émerger du milieu de la nutrition, il nous faut aussi nous prémunir contre la complaisance, ainsi que contre l'incapacité à œuvrer de concert et à produire des résultats tangibles.

Sommes-nous en mesure de vaincre la malnutrition d'ici à 2030 ? Pour la sous-alimentation, le succès est envisageable. Pour le surpoids, l'obésité et les maladies non transmissibles (MNT) liées à la nutrition, il est possible de contrer le raz-de-marée et d'amorcer une marche arrière. Dans la pratique, cependant, nous ne serons en mesure d'atteindre l'ODD pour l'élimination de la malnutrition que si ceux qui ont le pouvoir d'insuffler le changement exercent en effet ce pouvoir. Chaque lecteur de ce rapport a le pouvoir de changer des choses. Il nous revient de faciliter aux décideurs le choix de prendre les bonnes décisions — et de leur rendre plus difficile la tentation contraire. C'est là l'objectif du *Rapport sur la nutrition mondiale 2016*. Nous pouvons atteindre cet objectif d'ici 2030, mais seulement si nous choisissons de le faire.

QUE DOIT-IL ADVENIR POUR METTRE UN TERME À LA MALNUTRITION

Le cataclysme mondial de la malnutrition n'est pas inéluctable. Il est le résultat des choix que nous faisons, ou que nous avons le tort de ne pas faire.

FAIRE LES BONS CHOIX POLITIQUES

Cette dimension n'est jamais plus manifeste que lorsque nous comparons les différents choix nutritionnels faits par des pays par ailleurs similaires. Comme nous l'avons souligné dans les Rapports sur la nutrition mondiale antérieurs, les gouvernements et la société civile au Brésil, au Pérou, au Viet Nam, au Kenya, au Ghana et dans l'État indien du Maharashtra ont déployé des efforts suivis et déterminés en vue d'améliorer leurs résultats nutritionnels. Et leurs efforts ont été récompensés.

TABLEAU 1.1 Forger un engagement mondial à l'égard de la nutrition

Année	Engagement mondial à l'égard de la nutrition
2011	L'Organisation des Nations Unies publie une déclaration politique sur les maladies non transmissibles (MNT) en conclusion d'une Réunion de haut niveau sur la prévention et la maîtrise des MNT.
2012	À l'occasion de l'Assemblée mondiale de la Santé, les gouvernements nationaux adoptent une série de cibles en matière de nutrition dans le cadre du Plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant.
2013	Les gouvernements du Royaume-Uni et du Brésil, de concert avec la Children's Investment Fund Foundation, organisent conjointement un sommet voulu pour relever l'engagement à l'action afin d'atteindre les cibles mondiales de nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant. À l'occasion de l'Assemblée mondiale de la Santé, les gouvernements nationaux adoptent une série de cibles sur la prévention et la maîtrise des MNT, y compris des cibles axées sur la nutrition.
2014	L'Organisation des Nations Unies organise une réunion de suivi de la Réunion de haut niveau de 2011 sur la prévention et la maîtrise des MNT pour examiner l'état d'avancement. Les pays prennent des engagements clairs pour, d'ici 2015, fixer des cibles nationales concernant les MNT à l'horizon 2025 et établir des indicateurs de processus tenant compte des neuf cibles sur les MNT.
2014	Les gouvernements se réunissent à l'occasion de la Conférence internationale sur la nutrition (CIN2) de la FAO/OMS et s'accordent sur un ensemble de 10 engagements dans la Déclaration de Rome sur la nutrition et le Cadre d'action qui l'accompagne.
2015	Les pays se rassemblent sous la coupe de l'Organisation des Nations Unies pour adopter une nouvelle cible pour la nutrition dans le cadre de la réalisation de plusieurs Objectifs de développement durable visant à éliminer la malnutrition sous toutes ses formes d'ici 2030.
2016	L'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies déclare une Décennie d'action sur la nutrition, de 2016 à 2025. Cette Décennie d'action devrait transformer les engagements de la CIN2 en autant d'actions et initiatives cohérentes et coordonnées de la part de l'ensemble des gouvernements nationaux, quel que soit leur niveau de revenus.
2016	Date proposée pour le Sommet de la Nutrition pour la croissance (N4G) qui se tiendra à Rio de Janeiro, Brésil
2016	Le rôle de chef de file du Japon en matière de nutrition se confirme à l'approche de la réunion de 2016 du Groupe des 7 et dans la perspective des Jeux olympiques et paralympiques de Tokyo en 2020.

Source : Auteurs.

Ces pays ont fait le choix politique d'affecter leurs maigres ressources à la nutrition. Comme cela est clairement démontré dans les Rapports sur la nutrition mondiale 2014 et 2015, les organisations de la société civile ont contribué au changement dans ces régions en aidant à mettre en rapport les souffrances et la perte de potentiel humain que la malnutrition engendre. Exprimer le mécontentement est une première étape, encore faut-il l'accompagner d'une série de solutions que les parties prenantes dans le pays peuvent mettre en œuvre avec la participation des personnes les plus touchées.

L'engagement politique consistant à s'atteler à la malnutrition crée un espace de dialogue au sujet de ce qu'il convient de mettre en œuvre. Sauf que les paroles sont loin de suffire pour les personnes souffrant de malnutrition — il leur faut des actions. Et pas n'importe quelles actions. Il leur faut des actions étayées par des données factuelles établissant leur succès sur la malnutrition. Il leur faut des actions pour lesquelles les auteurs de leur mise en œuvre peuvent être tenus responsables. Il leur faut des actions qui soient ambitieuses. Enfin, il leur faut des actions qui soient alignées sur les efforts déployés par les autres. La malnutrition est le résultat d'une convergence de facteurs plus véloces les uns que les autres, d'où la nécessité d'un alignement encore plus puissant d'acteurs, actifs dans de nombreux secteurs, pour l'éradiquer.

Les connaissances abondent quant aux actions qu'il convient de prendre. Les preuves sont solides. De plus en plus, nous savons comment nous y prendre. Que le problème soit le retard de croissance, l'anémie ou l'obésité, nous savons qu'il nous faut travailler à d'innombrables niveaux, sur un spectre de secteurs multiples. Et en dépit de la nécessité d'un flux continu de nouvelles preuves pour produire toujours plus d'impacts pour les ressources existantes et faire prévaloir la nécessité de ressources supplémentaires, la somme des données actuelles suffit déjà à laisser présager des avancées sur de nombreux fronts.

Pour atteindre l'ODD 2 (« Éliminer la faim, assurer la sécurité alimentaire, améliorer la nutrition et promouvoir l'agriculture durable »), entre autres ODD, il importe de mettre en œuvre des politiques qui placent l'alimentation, la santé, l'éducation, les services WASH (l'eau, l'assainissement et l'hygiène) et les systèmes de réduction de la pauvreté directement sur la voie de la nutrition. Il nous faut des politiques qui rendent les cadres alimentaires, sociaux, sanitaires et de vie propices à des comportements qui combattront la malnutrition, quelle que soit la forme qu'elle puisse prendre. Comme nous l'avons proposé dans le *Rapport sur la nutrition mondiale 2015*, il nous faut des politiques qui assurent la « double fonction » de lutter contre la sous-alimentation tout en combattant aussi l'obésité et les MNT liées à la nutrition. Il nous faut repenser ces politiques, les financer et les mettre en œuvre.

- Le régime alimentaire est aujourd'hui le facteur de risque numéro un de la charge mondiale de morbidité. Les choix alimentaires à notre disposition sont articulés par nos systèmes alimentaires, qui sont loin d'être pensés pour nous permettre de consommer des aliments sains, de première qualité et nutritifs. Il existe des idées plausibles sur la façon de faire travailler nos systèmes alimentaires plus assidûment en faveur de la nutrition tout en ciblant la pérennité.
- Nos systèmes de santé sont la source de la plupart des interventions à fort impact sur la nutrition qui s'attèlent à la sous-alimentation. Ils peuvent aussi jouer un rôle décisif en matière de prévention et de contrôle du surpoids et de l'obésité. Pourtant, les systèmes de santé n'ont rien d'universel. Comme l'ont révélé les Rapports sur la nutrition mondiale précédents, le taux de couverture des interventions sur la nutrition varie radicalement d'un pays à l'autre ou d'une intervention à l'autre.
- Les systèmes éducatifs pourraient faire bien plus pour maintenir les jeunes filles à l'école et ainsi retarder l'âge de leur première grossesse. Les écoles sont, elles aussi, de formidables atouts pour aider à redéfinir les normes autour des régimes alimentaires sains et des bonnes pratiques de nutrition.
- Les programmes de dépaupérisation comme la protection sociale suscitent d'importants flux de ressources, comparativement à la nutrition, bien que les exemples de lutte efficace contre la pauvreté ne soient pas nécessairement suivis de succès en matière de lutte contre la malnutrition. Nous savons comment refondre les programmes de dépaupérisation de sorte à les doter d'une dimension nutritionnelle plus percutante, susceptible par la suite d'engendrer des rendements économiques plus élevés tout au long de la vie d'un être humain.
- Les services d'eau et d'assainissement améliorés contribuent à l'amélioration de la nutrition, mais ils pourraient faire bien davantage encore s'ils étaient conçus pour cibler plus précisément les nourrissons et les jeunes enfants.

Le financement est, bien évidemment, essentiel à la mise en œuvre d'actions dans un cadre d'interventions à la fois soutenues et généralisées. Cela revient à faire travailler plus dur encore les ressources existantes en faveur de la nutrition et à trouver des ressources supplémentaires — auprès des gouvernements, des autorités locales, des collectivités, des donateurs extérieurs, des ménages et des entreprises — afin d'intensifier les interventions déjà annonciatrices de retombées importantes. Cela revient à intégrer l'obésité et les MNT liées à la nutrition dans l'équation financière, afin que les interventions en faveur de la nutrition produisent deux fois plus de résultats et que leur fardeau sanitaire dantesque bénéficie d'une part plus équitable des ressources financières.

REFUSER LE STATU QUO

Avons-nous la moindre chance de mettre un terme à la malnutrition en optant pour le statu quo ? La réponse est oui, mais bien après 2030. Le statu quo n'aura pour résultats que la persistance des souffrances à travers le monde, la déperdition du potentiel humain et la pulvérisation de la croissance économique. Sur quoi s'appuie un diagnostic aussi pessimiste ? Pour commencer, le surpoids, l'obésité et les MNT liées à la nutrition sont en hausse ; il importe avant tout de freiner cette tendance avant de commencer à débattre sur le temps qu'il nous faudra pour y mettre un terme. Deuxièmement, les simples extrapolations courantes concernant la prévalence de l'anémie chez la femme semblent suggérer qu'il ne sera pas possible d'arriver à un taux de prévalence de 5 % avant 2124. Les simples extrapolations courantes concernant le retard de croissance semblent suggérer que la cible mondiale de 100 millions à l'horizon 2025 ne sera atteinte que vers le milieu des années 2030, et celle des 50 millions, que vers

le milieu des années 2050[1]. D'autre part, comme nous le montrons dans le chapitre 5, le rythme de mise en œuvre des politiques et programmes actuels demeure scandaleusement lent. Les populations mal nourries ne sauraient attendre aussi longtemps pour obtenir le respect, la promotion et la protection de leurs droits.

La gouvernance mondiale de la nutrition — à savoir les diverses entités qui établissent les normes, examinent ce qui fonctionne dans la pratique et tiennent tout le monde pour responsable afin que suffisamment de ressources soient mobilisées au profit des bonnes activités au bon endroit — doit être finement articulée en ce sens : nous donner toutes les chances possibles de mettre un terme à la malnutrition d'ici 2030[2]

PRENDRE DES ENGAGEMENTS QUI IMPORTENT

Personne ne devrait sous-estimer le capital politique que les décideurs doivent déployer pour refondre les politiques et intensifier les interventions, et ensuite financer les deux. Ainsi, tout dérapage au niveau de la mise en œuvre représente un gaspillage d'énergie et diminue d'autant les espoirs de faire changer les choses.

Le *Rapport sur la nutrition mondiale* a été établi à l'occasion du Sommet de la Nutrition pour la croissance 2013 en tant que mécanisme de redevabilité indépendant afin de rendre plus difficile aux parties prenantes la tentation de se soustraire à leurs engagements à l'égard de la nutrition. Le *Rapport sur la nutrition mondiale* a conservé cette fonction centrale, tout en structurant ses travaux sous un angle plus optimiste. À titre d'exemple, le premier *Rapport sur la nutrition mondiale*, en 2014, s'efforçait de réunir différents acteurs du monde de la nutrition afin que ceux-ci gagnent en puissance et en redevabilité en unissant leurs forces. Le R*apport sur la nutrition mondiale 2015* visait quant à lui à élargir le cercle des engagements pour mettre un terme à la malnutrition sous toutes ses formes.

L'objectif du présent *Rapport sur la nutrition mondiale 2016* consiste à faciliter aux gouvernements et aux autres parties prenantes la prise effective d'engagements susceptibles d'aider à mettre un terme à la malnutrition sous toutes ses formes. Ainsi fournit-il aux gouvernements et autres parties prenantes des conseils sur les points suivants :

- *Pourquoi* les engagements importent : ils sont un signal d'intention et semblent aller de pair avec une performance améliorée.
- *Où* prendre des engagements : dans quels pays et quels secteurs.
- *À qui* ces engagements profiteront-ils : quels groupes d'âges et de genres et quels ensembles socio-économiques.
- *Quels* principes SMART (spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes et limités dans le temps), ambitieux et alignés certains de nos engagements actuels adoptent-ils, et comment faire pour rendre tous nos engagements à l'égard de la nutrition toujours plus SMART.
- *Quels* types d'engagements prendre : sur quelles politiques et quels programmes s'engager, et quel niveau de financement est disponible et exigé.
- *Qui* doit faire quoi et dans quel délai.

Cela dit, comment être sûr qu'un engagement importe réellement ? Donne-t-il lieu à des actions, qui à leur tour donnent lieu à ce que nous recherchons : des améliorations accélérées de l'état nutritionnel ?

D'un point de vue qualitatif, les Rapports sur la nutrition mondiale antérieurs ont insisté sur l'importance des engagements pour l'action. En 2014, par exemple, nous avons mis en exergue l'importance de la Mission de l'État indien du Maharashtra pour la nutrition — une déclaration d'intention publique du ministre en chef de cet État visant à réduire la malnutrition — pour permettre des actions susceptibles d'entraîner une rapide diminution des taux de retard de croissance. En 2015, nous avons décrit l'engagement du gouvernement éthiopien à l'égard d'une refonte du plus vaste programme de protection sociale en Afrique afin de l'axer plus spécifiquement sur la nutrition. Dans le présent rapport, nous saluons les efforts des dirigeants du Pérou à tous les niveaux pour faire de la nutrition une priorité, en assurer le suivi au moyen d'investissements dans les données et l'analyse, et rapprocher les performances des affectations budgétaires. Nous faisons état de la façon dont les dirigeants économiques de l'Inde reformulent leurs investissements dans la nutrition comme autant d'investissements dans la viabilité de la croissance économique du pays. Le Brésil est un autre exemple de pays où un engagement politique soutenu a été suivi par des actions résolues, ainsi que nous en présentons le détail dans la section qui suit.

D'un point de vue quantitatif, il est presque impossible de démontrer de façon incontestable que le renforcement des engagements entraîne une réduction plus rapide de la malnutrition. Il est difficile de mesurer les engagements, et ensuite de démêler qui des engagements ou des avancées viennent en premier. Il est cependant bien logique de s'attendre à ce que les engagements et les progrès évoluent simultanément, en s'alimentant mutuellement. L'Encadré 1.2 décrit trois exemples quantitatifs qui suggèrent que l'engagement et l'action vont de pair.

Mettre un terme à la malnutrition à l'horizon 2030 est bien plus qu'un défi technique — c'est aussi un défi politique. Nombre des solutions politiques et programmatiques techniques destinées à réduire la malnutrition sous toutes ses formes sont d'ores et déjà connues. Elles ne sont toutefois pas mises en œuvre, soit parce que les coûts politiques liés à leur exécution sont trop élevés ou que les coûts politiques pour leur non-exécution sont trop faibles — ou les deux. Ce qu'il convient de faire aujourd'hui est de procéder à un changement progressif sur 15 ans des engagements politiques tout au long de l'ère des ODD — un engagement pour la mise en œuvre d'actions qui réduisent la malnutrition plus vite, la mobilisation des ressources pour ces actions, l'évaluation de leurs impacts et la réponse à ces évaluations.

COMMENT BOOSTER L'ENGAGEMENT POLITIQUE POUR DES ACTIONS EN FAVEUR DE LA NUTRITION

L'engagement politique importe. Qu'il s'agisse d'un engagement à faire figurer comme priorité dans le calendrier, d'un engagement pour atteindre une cible, ou d'un engagement à agir, il peut faire une différence fondamentale. Pourtant, en dehors de certains cas comme le Brésil (voir plus loin dans cette section), le milieu de la nutrition doit encore faire la preuve de son efficacité dès lors qu'il s'agit de faire de la nutrition un enjeu politique. Que pouvons-nous apprendre des

ENCADRÉ 1.2 L'ENGAGEMENT EN FAVEUR DE LA NUTRITION IMPORTE-T-IL ?

LAWRENCE HADDAD

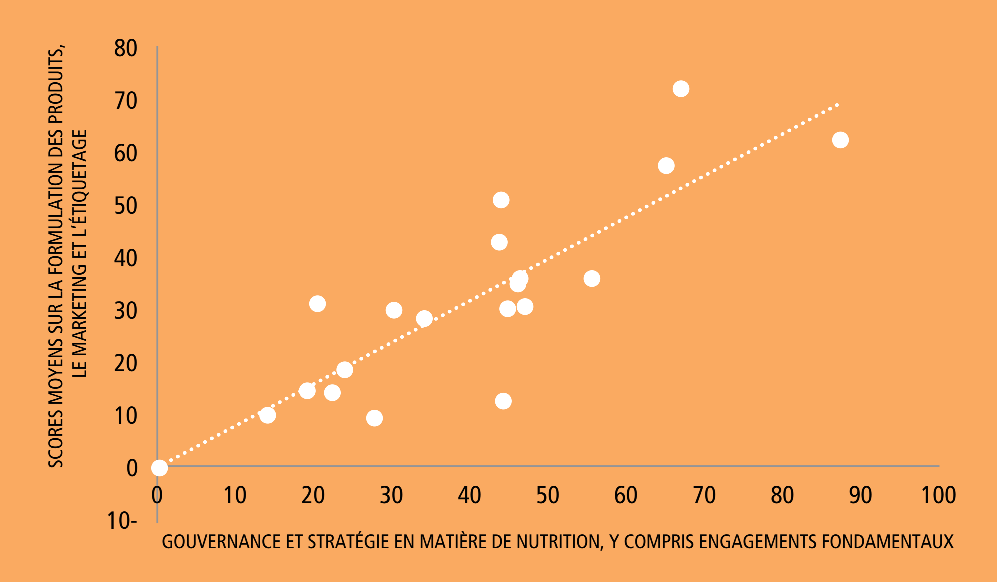
Les trois exemples empiriques suivants établissent la preuve qu'engagement et performance vont de pair.

Comme nous l'abordons au chapitre 3, l'un des moyens par lesquels les pays peuvent exprimer leur engagement consiste à établir une cible claire pour réduire la malnutrition. À titre d'exemple, pour un échantillon de 41 pays à revenu faible et intermédiaire, nous constatons que le taux de réduction du retard de croissance dans les années 2000 affiche une corrélation importante et étendue avec l'existence d'une cible spécifique et limitée dans le temps pour l'état nutritionnel (généralement le retard de croissance)[1]. Cibles et avancées semblent aller de pair. Ce constat rejoint une autre étude qui relie la gouvernance robuste de la nutrition à la réduction des niveaux de retard de croissance (Sunguya et al. 2014).

D'aucuns soutiennent qu'il est facile pour les entreprises de prendre des engagements, mais que ces engagements pris à la légère ne contribuent pas à une bonne nutrition, que la preuve irréfutable viendra du fait que les entreprises font exactement ce qu'il convient de faire. À partir des données fournies par 28 grandes entreprises de produits alimentaires et de boissons dans l'Indice d'accès à la nutrition (Access to Nutrition Index – ATNI) 2016, la Fondation Access to Nutrition (ATNF) a établi une corrélation positive entre les entreprises qui prennent des engagements plus fermes en faveur de la nutrition et celles qui ont une capacité relative plus forte à formuler des produits, un marketing et des étiquetages à l'appui de la nutrition (cf. figure ci-dessous).

Est-ce que les donateurs de la Nutrition pour la croissance (N4G) qui insistent sur l'importance de la nutrition dans leurs documents accompagnent leurs déclarations de dépenses dans le domaine ? Development Initiatives a sélectionné les derniers rapports et documents des bailleurs de fonds contenant leurs priorités de développement déclarées. Chaque document a fait l'objet d'une évaluation visant à établir la proéminence et la mention explicite de la nutrition en tant que priorité pour l'organisation. En général, les donateurs qui placent la nutrition en priorité dans leurs documents stratégiques tendent à dépenser la plus grosse part de leurs ressources sur la nutrition. Nous n'avons pas pu trouver d'exemple de donateurs qui plaçaient la nutrition en priorité dans leurs documents, sans accompagner leurs dires de dépenses en conséquence (analyse disponible sur demande).

LES ENGAGEMENTS DES ENTREPRISES À L'ÉGARD DE LA NUTRITION CORRESPONDENT À UNE MEILLEURE PERFORMANCE EN MATIÈRE DE PROMOTION DE LA NUTRITION



Source: Rachel Crossley, ATNF.

autres secteurs, de la société civile et des expériences des différents pays en matière de formulation et de suivi des engagements ?

À titre d'inspiration, prenons l'exemple du VIH/sida. En 2015, la cible apparemment inatteignable consistant à obtenir que 15 millions de personnes bénéficient d'un traitement pour le sida a bel et bien été atteinte — plus tôt que prévu. Bien que le sida soit loin d'être éradiqué, les progrès ont été aussi substantiels que sans précédent pour un défi sanitaire d'envergure planétaire. L'Encadré 1.3 démontre que les avancées en matière de lutte contre le VIH/sida ont commencé à

ENCADRÉ 1.3 S'ENGAGER POLITIQUEMENT À L'ÉGARD DE LA NUTRITION

KENT BUSE

La sous-alimentation et les maladies non transmissibles (MNT) liées à la nutrition sont des scandales planétaires, chacun empreint de dimensions politiques uniques. Une approche plus politique de la nutrition, qui intègre, autonomise et respecte la société civile, pourrait aider à faire pencher la balance du pouvoir en faveur de l'élimination de la malnutrition sous toutes ses formes. Alors que la communauté internationale place à un niveau plus élevé le fléau de la nutrition et y fait face, il convient ici d'explorer trois enseignements interdépendants tirés de la réponse au virus du sida.

Premièrement, toute personne qui se préoccupe de la nutrition se doit de penser et d'agir plus politiquement afin de donner corps aux incitations politiques pour un leadership dans le domaine. Tandis que Marion Nestle, Tim Lang, Nicolas Freudenberg et d'autres chercheurs activistes, ainsi que des institutions comme l'IFPRI font évoluer la compréhension de la nutrition sous un angle politique, ces efforts ne se reflètent pas pleinement dans les mouvements sociaux sur la question. Ainsi, le mouvement « Slow Food » a la bonne analyse, mais parvient plus aisément à transformer la culture alimentaire de la gauche-caviar aux États-Unis et en Europe, qu'à confronter directement le complexe industriel mondial du commerce alimentaire (Slow Food 2015). Richard Horton de The Lancet a raison de qualifier le mouvement de lutte contre les MNT de trop mesuré et poli (Horton 2015). Il est temps d'appuyer activement une revendication plus engagée de la société civile, à savoir créer un espace dans lequel la société civile pourra remplacer la complaisance par l'urgence, faire remonter les exigences du bas vers le haut pour le changement et forger des liens avec d'autres causes sociales pour une influence politique plus forte.

Deuxièmement, quel que soit l'appétit pour les partenariats public-privé et les approches bénévoles, il importe de renforcer les mécanismes locaux, régionaux, nationaux et intergouvernementaux afin qu'ils puissent mater les marchés lorsque ceux-ci agissent contre les intérêts nutritionnels. Les incitations politiques à l'action aux niveaux politiques les plus élevés sont fondamentales pour progresser sur un problème qui touche l'ensemble de la société et qui s'accompagne de défis dantesques pour les intérêts commerciaux et les systèmes sociaux dominants. Il serait illusoire d'imaginer des progrès importants sans l'intervention puissante des États sous la forme d'actions et de politiques publiques étayées par des preuves.

Enfin, compte tenu de la complexité et de la portée du défi de la nutrition, il importe de mettre en place un organe suprême qui puisse servir de plateforme pour le dialogue politique. Cet organe doit élargir la portée du débat actuel, assurer un degré minimum de coordination dans la mesure du possible et, plus essentiellement encore, garantir la redevabilité. Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) réunit sous sa coupe les gouvernements, 11 agences de l'ONU, la société civile et le secteur privé, lorsque le contexte s'y prête, pour coordonner une réponse multisectorielle. Selon le Conseil économique et social des Nations Unies (ECOSOC), l'ONUSIDA constitue un modèle pour relever d'autres défis complexes au développement dans le contexte des Objectifs de développement durable (ODD). Au-delà de la coordination, l'idéal serait sans conteste une toile de redevabilité — reliée à l'organe suprême et dotée d'un mécanisme de vérification indépendant et crédible — reposant sur une société civile légitime et puissante. La communauté internationale devrait procéder de toute urgence à l'analyse de l'architecture mondiale pour la nutrition afin d'établir les moyens de s'adapter pour pouvoir atteindre l'ODD 2. Un rôle de premier plan pour la société civile sera tout aussi essentiel. Le *Rapport sur la nutrition mondiale* pourrait jouer un rôle directeur important dans cette analyse.

se faire sentir avec la politisation de la maladie et suggère trois actions à mener absolument afin de rendre la nutrition plus politique.

Toutefois, obtenir un appui politique pour une idée ou une série d'actions exige des compétences de mobilisation de base : formuler des messages clairs et simples qui provoquent une réaction émotionnelle autant qu'intellectuelle, donner aux individus les moyens d'agir, ne pas attendre après les autres pour agir, montrer l'exemple à titre individuel, voire mieux encore, avec d'autres autour d'actions coordonnées. Au Royaume-Uni, comme de plus en plus dans le monde, des chefs de renommée internationale comme Jamie Oliver font campagne pour améliorer la qualité des aliments qui sont à la portée de nos bourses, accessibles, et que l'on nous incite à acheter. L'Encadré 1.4 décrit quatre enseignements des 15 dernières années de campagnes menées par Jamie Oliver et la Jamie Oliver Food Foundation.

Tirer des enseignements des agissements d'un secteur ou de la société civile est important, mais l'échelle nationale est le niveau auquel toutes ces leçons doivent être réunies. Le Brésil est l'un des meilleurs exemples d'un pays qui a forgé un engagement politique considérable à l'égard de la nutrition. Il s'est inspiré de certaines des stratégies utilisées pour construire un engagement à l'égard de la lutte contre le VIH/sida — notamment un accent sur les droits de l'homme — et n'a pas hésité à s'appuyer sur une participation partant de la base avec la société civile.

La Figure 1.2 illustre les changements dans le profil nutritionnel de la population brésilienne. Elle montre que l'engagement a porté ses fruits : l'allaitement maternel exclusif (< 6 mois) a connu une amélioration remarquable, de 2 % en 1986 à 39 % en 2006, les taux de retard de croissance ont chuté de 19 % en 1989 à 7 % en 2007, les taux d'émaciation étaient très faibles, à 2 %. En 2014, le pays a atteint les cibles de l'Objectif 1 « Faim et pauvreté » des Objectifs du Millénaire pour le développement. Certaines évolutions, toutefois, n'ont pas été dans le bon sens : la surcharge pondérale et l'obésité chez l'adulte sont élevées (aujourd'hui à hauteur de 54 % et 20 %, respectivement) et augmentent. L'anémie stagne à 20 %, tandis que le risque d'in-

ENCADRÉ 1.4 FAIRE DE LA BONNE NUTRITION UNE QUESTION DE SOCIÉTÉ : LES LEÇONS DE LA JAMIE OLIVER FOOD FOUNDATION

JO CREED

L'année 2016 pourrait potentiellement se révéler décisive dans la lutte contre le double fardeau de l'obésité et de la sous-alimentation affectant nos enfants. Aujourd'hui est un moment idéal pour associer ces deux enjeux jusque-là considérés séparément. Il nous faut formuler un message sans détour : des millions de personnes mangent trop d'aliments nocifs, tandis que des millions d'autres ne mangent pas assez d'aliments sains.

À travers les nombreuses campagnes de Jamie Oliver, plusieurs enseignements clés ont émergé sur la façon de transformer un énorme problème en une question de société :

1. Il importe de décanter le message en autant d'énoncés clairs, simples et indéniables. Parce qu'en fin de compte, l'accès à une alimentation de bonne qualité, fraîche et saine est un droit humain fondamental pour chaque enfant, et c'est là quelque chose que nous pouvons tous comprendre ou en quoi nous pouvons tous nous retrouver. Faire passer le message à travers un contenu émotionnellement mobilisateur est fondamental. Le documentaire « Jamie's Sugar Rush » de la Fondation, par exemple, qui a enquêté sur la contribution du sucre aux problèmes de santé dans le monde, a été jugé déterminant pour engager le public et le sensibiliser au sujet de la relation entre la consommation de sucre et les maladies liées au régime alimentaire, et en particulier l'incidence de cette relation sur l'obésité chez l'enfant[1].

2. Tout aussi importante est la nécessité de créer un mouvement qui s'engage au côté de personnes dans le monde entier et leur donne les moyens d'agir. À titre d'exemple, la pétition lancée pour la journée d'action annuelle « Food Revolution Day » de la Fondation, qui appelait à une éducation sur l'alimentation accessible à chaque enfant, a obtenu plus de 1,6 million de signatures à travers le monde. Cet événement a décanté un énorme problème en une action facile à comprendre, réunissant des millions de voix individuelles en un mouvement uni et mondial.

3. Montrer l'exemple, plutôt que d'attendre que les gouvernements tracent la voie, est crucial pour impulser un changement positif. Au lendemain de la campagne contre le sucre de Jamie Oliver au Royaume-Uni, un nombre croissant de restaurants ont commencé à imposer leurs propres taxes sur les boissons sucrées. Qui plus est, à travers les médias sociaux et l'engagement sur le terrain, la Fondation a invité les individus à partager leurs histoires vraies, à se joindre à des campagnes et à devenir des activistes pour la cause. Nous avons vu des parents s'inspirer des travaux menés par la Fondation dans les écoles du Royaume-Uni et des États-Unis pour amorcer leur propre révolution alimentaire dans les établissements de leurs enfants, ainsi que des personnes qui, au lendemain du Food Revolution Day, ont mis sur pied leur propre club de cuisine pour enseigner aux enfants les secrets de l'alimentation. En mobilisant les gens et en leur donnant les moyens d'agir, la Fondation a constitué une armée de membres — plus de 2 000 ambassadeurs bénévoles dans 114 pays du Brésil à l'Inde en passant par le Nigéria — et d'organisations partenaires de la communauté de la révolution alimentaire.

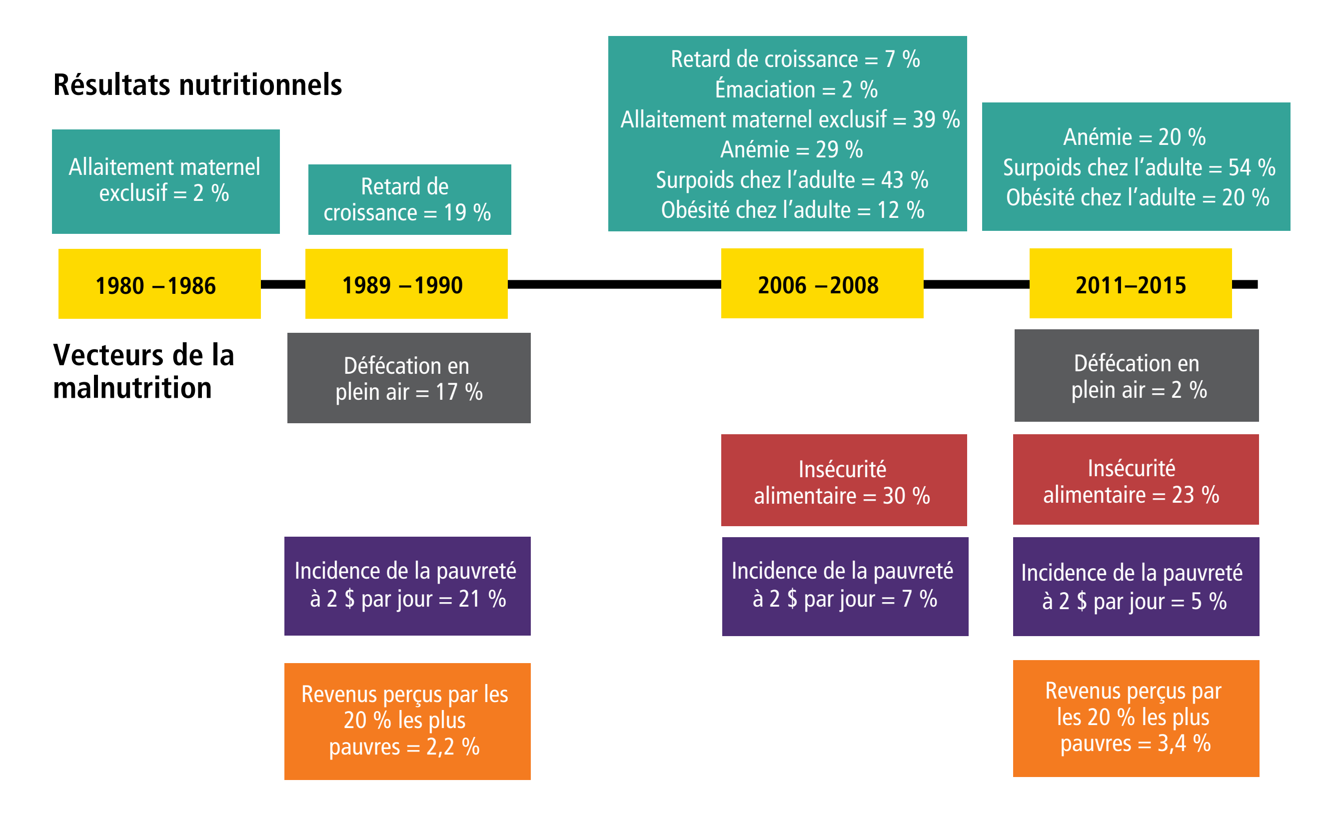
4. Enfin, toute action aussi authentique soit-elle ne peut fonctionner que si tous — individus, parents, écoles, entreprises, organisations et communautés — se réunissent pour agir et faire entendre leur voix. Toutes ces mesures ont été conçues pour, à terme, changer les calculs politiques des principaux décideurs en sensibilisant le public et en faisant de certains enjeux précis des questions de société afin que ces enjeux ne puissent plus être ignorés. Nous savons qu'avec un message clair et émotionnellement mobilisateur, et suffisamment d'activistes (nous) réunis autour de la question, nous pouvons créer un mouvement pour l'action qui fera en sorte que les gouvernements écoutent. Les travaux de la Fondation autour de l'obésité chez l'enfant pendant l'année écoulée ont donné lieu à une force commune de groupes de campagne et d'organisations, tous exhortant les gouvernements à mettre en œuvre leur propre stratégie, robuste et révolutionnaire, de lutte contre l'obésité chez l'enfant. Ensemble, il nous faut faciliter aux gouvernements la décision de faire ce qu'il faut en leur apportant des solutions qu'ils peuvent utiliser, adopter et adapter.

Le monde a besoin de volonté, de leadership et d'action politiques. Comme le montre le nouveau *Rapport sur la nutrition mondiale*, certains pays ont déjà amorcé de formidables changements. Cette tendance se doit de se poursuivre, c'est pourquoi il importe que d'autres se dressent et mènent des actions plus révolutionnaires. Il est temps désormais d'œuvrer ensemble pour exiger une vie meilleure, plus saine et plus heureuse pour les futures générations. Faisons en sorte que nos voix soient entendues.

sécurité alimentaire et nutritionnelle demeure un problème dans certaines communautés.

Un certain nombre de facteurs, positifs et négatifs, sous-tendent les changements dans le profil nutritionnel de la population brésilienne. Parmi eux se trouvent la réduction de la pauvreté (Figure 1.2), la mondialisation et les politiques publiques. Depuis les années 1980, le Brésil a institué une série de stratégies mises en œuvre à travers ses politiques publiques. Le Tableau 1.2 fournit des exemples de politiques en matière de sécurité alimentaire et nutritionnelle. Un certain nombre des politiques publiques mises en œuvre pour atteindre ces objectifs portaient sur le renforcement des procédures de passation des marchés publics, décrit dans l'Encadré 6.2 du chapitre 6. Comptent au nombre des approches globales dignes de mention la Stratégie Faim zéro, lancée en 2003, et l'adoption, en 2010, d'une loi inscrivant le droit à l'alimentation dans la Constitution du Brésil (le Brésil est l'un des trois seuls pays au monde à avoir adopté une telle loi). La Loi sur le droit à l'alimentation confère au peuple le droit de manger à sa faim et de ne pas souffrir de malnutrition, et lui donne en outre l'accès a une alimentation saine est appropriée.

FIGURE 1.2 Évolution de la situation et des facteurs nutritionnels au Brésil, entre 1980 et 2015



Source : Auteurs, d'après les données suivantes : retard de croissance et émaciation (moins de 5 ans) : UNICEF, OMS et Banque mondiale (2015) ; allaitement maternel exclusif (< 6 mois) : UNICEF (2016b) ; surpoids et obésité chez l'adulte : Malta et al. (2014) (premier point de données) ; OMS (2015a) (second point de données) ; anémie (femmes en âge de procréer) : CONSEA (2010) (premier point de données) ; Stevens et al. (2013) (second point de données) ; insécurité alimentaire : Burlandy, Rocha et Maluf (2014) ; pauvreté à 2 $ par jour : Banque mondiale (2016) ; revenus perçus par les 20 % les plus pauvres/riches : IPEA (2014) ; défécation en plein air : JMP (2015b)

TABLEAU 1.2 Principales stratégies et politiques publiques sur la sécurité alimentaire et nutritionnelle au Brésil

Année	Stratégie/politique
1981	Programme national d'allaitement maternel
1988	Code national de commercialisation des substituts du lait maternel ; le congé de maternité passe à 4 mois
1993	Stratégie nationale de lutte contre la faim et la pauvreté
1999	Politique nationale sur l'alimentation et la nutrition
2003	Lancement de la Stratégie Faim zéro
2003	Programme d'acquisition de produits alimentaires (PAA)
2004	Programme de transferts monétaires (Bolsa Família)
2006	Loi nationale sur la sécurité alimentaire et nutritionnelle (LOSAN), établissant le Système national pour la sécurité alimentaire et nutritionnelle (SISAN)
2009	Loi portant révision du programme de repas scolaires (PNAE)
2010	Droit de l'homme à une alimentation saine et appropriée incorporé dans la Constitution brésilienne
2010	Politique nationale de sécurité alimentaire et nutritionnelle (PNSAN)
2014	Publication du Guide alimentaire brésilien ; Stratégie intersectorielle pour la prévention et la maîtrise de l'obésité
2015	Décret autorisant la mise en œuvre du Code national de commercialisation des substituts du lait maternel

Source : Auteurs.

ENCADRÉ 1.5 AINSI PRIT FORME L'ENGAGEMENT POLITIQUE DU BRÉSIL À L'ÉGARD DE LA NUTRITION

CECILIA ROCHA, PATRICIA CONSTANTE JAIME ET MARINA FERREIRA REA

L'engagement politique du Brésil pour la promotion de la nutrition sous diverses formes, qui s'est articulé sur plusieurs décennies, s'appuie sur l'engagement de la société civile, les structures de gouvernance intersectorielle, les données et les éléments de preuve. Tous ces éléments s'appliquent à l'engagement du pays à l'égard des différents aspects de la malnutrition au fil du temps : sécurité alimentaire et nutritionnelle, obésité et allaitement maternel. Il en ressort une histoire globalement positive, mais le Brésil n'est pas au bout de ses efforts pour lutter contre les défis résiduels et émergents : les taux d'allaitement maternel exclusif demeurent insatisfaisants, l'anémie reste élevée, et les taux d'obésité sont élevés et continuent d'augmenter. Un engagement politique soutenu au Brésil sera essentiel pour relever tous ces défis.

Sécurité alimentaire et nutritionnelle

Une majeure partie de la dynamique derrière cet appui politique est venue de la base, à travers des **organisations non gouvernementales et des mouvements sociaux**. Depuis les années 1950, ces groupes de la société civile menaient des campagnes actives en faveur de la sécurité alimentaire. Au fur et à mesure de leurs mobilisations, leurs travaux ont donné lieu à la première Conférence nationale sur l'alimentation et la nutrition, en 1986. C'est à l'occasion de cette conférence que l'objectif de sécurité alimentaire fut officiellement modifié pour devenir un objectif de « sécurité alimentaire et nutritionnelle », consistant à placer la nutrition bien plus haut dans l'agenda politique. En 1996, la délégation officielle du Brésil au Sommet mondial de la nutrition, qui se tenait à Rome, comptait des membres tant du gouvernement que de la société civile (CONSEA 2009). L'un des résultats de ce sommet a été l'établissement, en 1998, du Forum brésilien sur la sécurité alimentaire et nutritionnelle (FBSAN), une association nationale d'organisations sociales, de chercheurs, d'employés du gouvernement, entre autres professionnels. Ce forum a été décisif pour ouvrir un espace au dialogue politique, à la mobilisation et à l'innovation entre les organisations de la société civile. Ces entités étaient unies en ce qu'elles croyaient à l'importance des politiques et de l'institutionnalisation des programmes pour la réalisation durable du droit à l'alimentation.

Cet engagement politique s'est intensifié avec l'élection d'un **gouvernement qui donnait une place prioritaire à la sécurité alimentaire et nutritionnelle**. En 2002, le président Lula Da Silva est arrivé au pouvoir avec la promesse d'éradiquer la faim. Il a mis en place un ministère, le ministère du Développement social et de la Lutte contre la faim, pour honorer cette promesse, et c'est ainsi que nombre de membres éminents d'organisations de la société civile ont été nommés à une fonction publique. La Stratégie Faim zéro a été mise sur pied non seulement en tant que programme social, mais comme un modèle de développement économique : l'idée était d'accroître la demande alimentaire pour redresser le problème de l'insécurité alimentaire dans les ménages, en augmentant notamment le pouvoir d'achat à travers le Programme Bolsa Família de transferts monétaires et en élargissant le programme d'alimentation scolaire, tout en s'attelant à la pauvreté des familles d'agriculteurs du Brésil, qui étaient la principale source d'alimentation du pays (FAO 2002). Les politiques rapprochant l'agriculture familiale de la sécurité alimentaire sont abordées dans le chapitre 6 (Encadré 6.2).

L'étape critique suivante concernait l'établissement d'un **espace de gouvernance pour l'engagement entre le gouvernement et la société civile**. En 2002, le Conseil national pour la sécurité alimentaire et nutritionnelle (CONSEA) fut rétabli pour réunir les membres de la société civile — nombre d'entre eux du FBSAN — et du gouvernement. Le CONSEA est à l'origine d'un grand nombre de lois et de politiques présentées dans le Tableau 1.2 et, de concert avec le FBSAN, est derrière la campagne pour la Loi sur le droit à l'alimentation (LOSAN), adoptée en 2006.

Des espaces de gouvernance intersectorielle au sein du gouvernement ont ensuite été créés. Après l'adoption de la loi LOSAN, le gouvernement a établi le Système national pour la sécurité alimentaire et nutritionnelle (SISAN), qui réunissait deux organes de coordination : le CONSEA et la Chambre interministérielle sur la sécurité alimentaire et nutritionnelle (CAISAN). Ensemble, ils ont incorporé 10 ministères et secrétariats spéciaux, parmi lesquels l'éducation, le développement agraire, les sciences et les technologies, et les droits de l'homme (Chmielewska et Souza 2011). C'est le SISAN qui a permis la coordination, la mise en œuvre et le suivi efficaces des politiques publiques (cf. Tableau 1.2).

Tout au long de ce processus, **l'investissement dans les données et éléments de preuve ainsi que leur utilisation** ont joué un rôle déterminant. Dans les années 1990, l'Institut brésilien de la recherche économique appliquée (IPEA) a dressé une carte de la faim à l'échelle nationale, établissant la présence de 32 millions de personnes démunies, représentant plus de 20 % de la population du Brésil (IPEA 1993, cité dans Chmielewska et Souza 2011). Cette carte s'avère d'autant plus cruciale aujourd'hui que le gouvernement se prépare à redresser le risque résiduel d'insécurité alimentaire et nutritionnelle dans le pays, à travers l'établissement d'une carte démographique à la fois traditionnelle et spécifique.

À suivre

Cet engagement à l'égard des politiques publiques est étayé par les engagements financiers du gouvernement. Ainsi, les dépenses fédérales sur les programmes sociaux correspondaient à 17 % du PIB du pays en 2012, soit une hausse de 128 % par rapport à 2000 (CAISAN 2013).

Quels facteurs ont donné lieu à cet engagement politique à l'égard du développement et de la mise en œuvre de politiques publiques ? Plusieurs éléments semblent avoir été décisifs : l'engagement de la société civile (dénommée « participation sociale » au Brésil), la création de structures de gouvernance

Suite

ENCADRÉ 1.5 AINSI PRIT FORME L'ENGAGEMENT POLITIQUE DU BRÉSIL À L'ÉGARD DE LA NUTRITION

CECILIA ROCHA, PATRICIA CONSTANTE JAIME ET MARINA FERREIRA REA

Obésité

Ce sont ces mêmes facteurs qui ont aidé à booster l'engagement autrement plus récent du Brésil à l'égard de la prévention de l'obésité. Le premier facteur était la somme **d'éléments factuels**. Tout au long des années 1990 et 2000, le pays a concentré ses efforts sur la réduction de la faim et du retard de croissance, malgré des taux d'obésité élevés et en augmentation. Cependant, des enquêtes nationales comparables et réitérées illustraient l'ampleur du problème de l'obésité et la vitesse de son apparition. Malgré les résistances initiales de certains acteurs du gouvernement, les institutions publiques, entre autres parties prenantes, ont utilisé leur financement, leur influence et leurs alliés de coalition pour élaborer de nouveaux objectifs stratégiques liés à la prévention de l'obésité et à la promotion de régimes alimentaires sains.

Deuxièmement, le caractère **intersectoriel** de la lutte contre la sous-alimentation avait préparé le Brésil à une lutte intersectorielle contre l'obésité. En 2014, la CAISAN a élaboré la stratégie intersectorielle de prévention et de maîtrise de l'obésité de sorte à intégrer les actions sectorielles existantes et les nouvelles initiatives, à augmenter la consommation d'aliments régionaux sains et frais, et à réduire la consommation d'aliments ultra-transformés. Cette stratégie en appelle aux États et aux municipalités du Brésil pour mettre en œuvre nombre de ces actions.

Troisièmement, **le dialogue a été très actif entre le gouvernement et la société civile**, notamment à travers le CONSEA et le Conseil national de la santé (Conselho Nacional de Saúde, ou CNS), visant à formuler des politiques publiques. L'un des résultats de ces consultations est la publication, en 2014, du nouveau Guide alimentaire brésilien, qui met en avant l'alimentation préparée à partir de produits frais. Toutefois, des défis considérables demeurent vis-à-vis de la maîtrise de l'obésité. L'introduction de réformes réglementaires s'est révélée difficile. En dépit des efforts déployés pour limiter la commercialisation d'aliments à forte teneur en gras, en sucre ou en sel à l'intention des enfants depuis 2004, le gouvernement n'est toujours pas parvenu à ses fins. Cette expérience souligne la nécessité de dégager un vaste consensus politique parmi les cadres du gouvernement et ses branches législatives et judiciaires, en plus d'élaborer de nouvelles normes sociales.

Allaitement maternel

Le seul exemple de réglementation de l'industrie liée à la nutrition au Brésil est la *Loi sur la commercialisation des substituts de lait maternel* — un exploit de haute lutte dans l'engagement du pays à l'égard de l'allaitement maternel exclusif au cours des 6 premiers mois de vie et sa continuité avec des aliments complémentaires sains jusqu'à l'âge de deux ans et au-delà. Au début des années 1980, les taux d'allaitement maternel exclusif étaient extrêmement faibles au Brésil — à peine 2 % —, mais le pays affichait déjà un engagement pour leur amélioration. L'un des aspects de cet engagement concernait la couverture accrue des soins prénatals, un autre étant l'inscription du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel dans la loi. Le Brésil a joué un rôle important sur le plan de la préparation et de la finalisation du Code en 1981, tandis qu'il lançait la même année son propre programme de promotion de l'allaitement maternel. En 1988, le Brésil adoptait son propre Code de commercialisation des substituts du lait maternel, qui fut initialement mis en œuvre en tant que norme sanitaire. En 2006, ce Code a été inscrit dans la *Loi 11265/2006*. Comme toute législation au Brésil, néanmoins, cette loi n'a pu entrer en vigueur qu'une fois seulement après avoir été soumise au processus intitulé « réglementation législative ». Ce processus s'est étendu sur neuf ans et 10 mois, tandis que, le 3 novembre 2015, le décret était finalement signé (Brésil, Presidência da República 2015). Tout au long du processus, l'industrie de l'alimentation des nourrissons s'est opposée avec acharnement à la législation et a fait maintes tentatives pour l'affaiblir. La **société civile** a déployé des efforts sans précédent pour contrer cette forte opposition. Le Réseau international des groupes d'action pour l'alimentation infantile (International Baby Food Action Network – Brésil – IBFAN) était le chef de proue de ce mouvement, militant en faveur de la législation, communiquant directement avec le président brésilien et assurant le suivi des violations de la loi. Le CNS a pour sa part joué un rôle clé de plaidoyer dans les années 1990, et plus récemment, à travers le CONSEA, après qu'un membre de l'IBFAN-Brésil l'ait rejoint en 2014.

En dépit de ces succès, des défis très importants demeurent. Les taux d'allaitement maternel exclusif au Brésil demeurent très bas comparés à d'autres pays (cf. chapitre 2), la qualité des soins prénatals reste médiocre, et les violations de la Loi de 2006 se poursuivent — une étude réalisée dans 18 villes révèle 227 violations, notamment des publicités illégales et des étiquetages inappropriés, de la part de 52 entreprises (IDEC 2016).

intersectorielle au sein du gouvernement et entre celui-ci et la société civile, ainsi que les preuves épidémiologiques du problème. Ces mêmes caractéristiques permettent d'expliquer l'engagement politique à l'égard de divers aspects de la malnutrition : la sécurité alimentaire et nutritionnelle, l'obésité et l'allaitement maternel. L'Encadré 1.5 fournit davantage de détails quant aux facteurs sous-jacents de cet engagement.

Les autres pays devraient s'inspirer de cette expérience du Brésil, certaines formes de malnutrition pouvant en effet être réglées en moins d'une génération, alors même que d'autres risquent de se faire jour si nous ne sommes pas vigilants. Le suivi efficace de la situation nutritionnelle permet l'évolution d'un processus continu d'actualisation et d'amélioration des politiques publiques pour régler les problèmes au fur et à mesure qu'ils apparaissent.

COMMENT CE RAPPORT PEUT-IL VOUS AIDER À PRENDRE DES ENGAGEMENTS QUI IMPORTENT À L'ÉGARD DE LA NUTRITION

Ce rapport se veut un outil pratique et utile pour les champions de la nutrition et tous ceux qu'ils cherchent à influencer. Son but est de faire émerger des engagements qui importent.

Le chapitre 2 se penche sur la façon dont les pays s'en sortent pour atteindre les engagements qu'ils ont pris à l'occasion de l'Assemblée mondiale de la Santé à l'égard de certaines cibles précises. Il fournit des détails sur l'évolution de la situation nutritionnelle, à savoir dans quelle région et quel pays elle s'améliore, et pour qui. Ce chapitre devrait aider les champions nationaux de la nutrition à se concentrer sur les formes de malnutrition sur lesquelles leur pays fait le moins de progrès, tandis que les champions internationaux s'en inspireront pour affecter leurs ressources dans les domaines où elles sont le plus en demande.

Le chapitre 3 explore la façon dont les gouvernements et les entreprises ont progressé quant à l'établissement de cibles pour la nutrition de la mère, du nourrisson et du jeune enfant et les MNT liées à la nutrition à l'échelle nationale, infranationale et des entreprises. Il précise les domaines dans lesquels des actions s'imposent pour améliorer la quantité et la qualité des cibles.

Le chapitre 4 fait état des avancées enregistrées à l'égard de l'atteinte des cibles originales des engagements pris lors du sommet N4G, tout en analysant leurs propriétés SMART et leur alignement. Ce chapitre fournit une évaluation des engagements N4G en bonne ou en mauvaise voie et définit ce qu'il convient de faire désormais pour propulser le processus N4G dans l'ère de l'après-CIN2/ODD.

Le chapitre 5 énumère différents moyens d'aider les décideurs à accélérer la mise en œuvre des actions à l'appui de leurs engagements. Où en est cette mise en œuvre, quelles actions sont à la traîne, et que convient-il de faire pour l'accélérer ? Il se penche en outre sur la mise en œuvre des politiques dans les domaines clés où les gouvernements ont pris des engagements d'envergure internationale : les politiques d'allaitement maternel et d'alimentation saine. Le chapitre se conclut sur une évaluation des données de couverture sur les interventions directes pour la nutrition et sur un débat concernant les moyens d'accroître ce taux de couverture.

Le chapitre 6 se penche sur les facteurs qui sous-tendent l'état nutritionnel. Des ressources considérables sont affectées à ces facteurs : quels engagements les décideurs et les autres parties prenantes doivent-ils prendre pour rendre ces ressources plus propices à l'accélération des améliorations en matière de nutrition ? Les Rapports sur la nutrition mondiale antérieurs portaient sur l'agriculture et la protection sociale. Cette année, nous avons choisi de réunir les facteurs de la sous-alimentation, de l'obésité et des MNT liées à la nutrition pour nous intéresser à l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH) et à l'éducation, et explorer les systèmes alimentaires sous un autre angle. Nous examinons également les possibilités de prendre de nouveaux engagements à l'égard de la nutrition dans l'espace humanitaire.

Le chapitre 7 guide les décideurs vers les domaines dans lesquels il convient d'investir et dans quelle ampleur, de sorte à convertir ces engagements en autant d'actions concrètes. Il informe les décideurs sur les montants que les gouvernements et autres bailleurs de fonds consacrent aujourd'hui à la nutrition, compare ces niveaux de dépenses à d'autres postes des budgets des États, et synthétise les dernières analyses des coûts qu'il conviendra vraisemblablement de consentir pour atteindre les cibles mondiales en matière de nutrition et les sources de revenus dans lesquelles il sera possible de puiser. Pour la première fois, nous nous intéressons aux dépenses consacrées aux MNT liées à la nutrition ainsi qu'aux différentes formes de sous-alimentation.

Le chapitre 8 identifie les outils et les données dont les décideurs ont besoin pour mesurer les effets de leurs actions et formuler des engagements pour accélérer l'amélioration de la nutrition. Il se concentre en particulier sur le niveau infranational, mettant en exergue les inégalités de revenus, sans compter les régions au bord de la crise humanitaire et le nombre croissant de personnes déplacées.

Le chapitre 9 conclut avec des appels spécifiques à l'action auprès de chaque groupe d'acteurs pour aider à mettre un terme à la malnutrition d'ici 2030.

UTILISEZ CE RAPPORT COMME UNE INTERVENTION

Plus de 100 personnes ont contribué à la rédaction de ce rapport. Nous rejetons l'idée selon laquelle la malnutrition au XXIe siècle est « normale ».

À ceux d'entre vous qui ont pouvoir et influence au sein du ménage, de la clinique, de la communauté, de la municipalité, de l'université, de l'entreprise, de la ville, de l'agence, du parlement ou du gouvernement, nous déclarons qu'un monde sans malnutrition peut devenir la « nouvelle normalité ». Utilisez ce rapport pour aider à prendre des engagements qui importent pour mettre un terme à la malnutrition. Ces engagements secoueront le monde actuel pour le sortir de sa complaisance vis-à-vis de la malnutrition et contribueront à la création d'une nouvelle réalité pour ce tiers de l'humanité — dans tous les pays — qui se voit renier la chance d'atteindre son plein potentiel.

À ceux d'entre vous qui se sentent exclus de ces cercles de pouvoir et d'influence, nous recommandons l'utilisation de ce rapport pour éduquer et organiser vos communautés, ainsi que de les aider à s'engager dans le processus politique et à l'impulser afin de mettre un terme à la malnutrition. Utilisez ce rapport pour aider ceux qui occupent des postes de pouvoir et d'influence à prendre des engagements qui importent. Dans le même ordre d'idées, utilisez ce rapport pour rendre plus difficile à tous les acteurs de la nutrition de se soustraire à leurs responsabilités et à leurs engagements à l'égard de la nutrition.

Les ODD nous invitent tous à imaginer la fin de la malnutrition. Une telle vision révèle l'ampleur de notre défi, mais aussi celle de la récompense : un monde dans lequel nos enfants doivent apprendre ce qu'est la malnutrition, plutôt que de la subir. Pour qu'il en advienne ainsi, il importe que chaque lecteur de ce rapport s'engage davantage dans le processus politique pour mettre un terme à la malnutrition d'ici 2030. Aucun mouvement social n'aurait obtenu de résultat sans un tel niveau d'engagement.



2 LE PAYSAGE NUTRITIONNEL MONDIAL : ÉVALUATION DES PROGRÈS

PRINCIPAUX RÉSULTATS

Ce chapitre présente les dernières estimations de la situation nutritionnelle pour huit indicateurs à l'échelle mondiale, régionale et nationale.

- **À l'échelle planétaire, le monde est mal parti pour atteindre les cibles mondiales de nutrition. Cette évaluation, toutefois, cache d'importantes variations entre les pays et les régions :**
  - De nombreux pays sont en bonne voie d'atteindre les cibles mondiales sur le retard de croissance, l'émaciation et le surpoids chez les enfants de moins de 5 ans, ainsi que sur l'allaitement maternel exclusif chez les nourrissons de moins de 6 mois.
  - Presque tous les pays sont en mauvaise voie d'atteindre les cibles relatives à l'anémie chez la femme, ainsi qu'au surpoids, à l'obésité et au taux élevé de glycémie ou au diabète chez l'adulte.
  - Le retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans diminue sur tous les continents sauf en Afrique, tandis que le nombre d'enfants en surpoids dans ce groupe d'âge augmente le plus rapidement en Asie.
- **L'obésité et le surpoids représentent aujourd'hui une charge mondiale écrasante — et sont près d'atteindre l'ampleur d'autres formes de malnutrition.** La prévalence du surpoids, de l'obésité et du diabète chez l'adulte est en hausse dans toutes les régions et pratiquement tous les pays. Le nombre d'enfants de moins de 5 ans qui sont en surpoids continue de grimper dans le monde et se rapproche de celui des enfants qui souffrent d'émaciation dans ce même groupe d'âge.
- **Les déficits de données demeurent un obstacle de taille à l'évaluation des progrès en matière de nutrition.** L'absence de données est un obstacle fondamental à l'évaluation des avancées réelles à l'échelle mondiale et nationale, car elle occulte les inégalités au sein des pays et rend plus difficile le fait de placer les gouvernements devant leurs responsabilités.

ENCADRÉ 2.1 HUIT CIBLES MONDIALES DE NUTRITION ADOPTÉES PAR L'ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ À L'HORIZON 2025

Nous utilisons ici le terme « cibles mondiales de nutrition » pour désigner deux ensembles de cibles adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé. L'un d'eux est l'ensemble de cibles de l'Organisation mondiale de la Santé pour la nutrition de la mère, du nourrisson et du jeune enfant :

- réduire de 40 % le nombre d'enfants de moins de 5 ans présentant un retard de croissance ;
- réduire de 50 % l'anémie chez les femmes en âge de procréer ;
- réduire de 30 % l'insuffisance pondérale à la naissance ;
- ne constater aucune augmentation du pourcentage d'enfants de moins de 5 ans en surpoids ;
- porter à au moins 50 % les taux d'allaitement maternel exclusif au cours des 6 premiers mois de la vie ;
- réduire et maintenir au-dessous de 5 % l'émaciation chez les enfants de moins de 5 ans

L'autre ensemble comprend deux des cibles de l'Organisation mondiale de la Santé figurant dans le Cadre mondial de suivi pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles :

- arrêter la recrudescence du diabète et de l'obésité (chez l'adulte et l'adolescent) ;
- arriver à une baisse relative de 30 % de l'apport moyen en sel dans la population.

COMME NOUS L'ÉVOQUIONS AU CHAPITRE 1, L'ÉTABLISSEMENT DE CIBLES EST L'UNE DES MANIFESTATIONS DE L'ENGAGEMENT POLITIQUE. LES PAYS ONT DÉJÀ PRIS UNE SÉRIE d'engagements visant à atteindre les cibles mondiales de nutrition d'ici 2025 (Encadré 2.1). En ce qui concerne la nutrition de la mère, du nourrisson et du jeune enfant, l'Assemblée mondiale de la Santé (AMS) de 2012 a fixé six cibles pour 2025. Le *Rapport sur la nutrition mondiale* en suit cinq[1]. L'AMS a également convenu de neuf cibles relatives aux maladies non transmissibles (MNT), dont l'une, « Enrayer la hausse du diabète et de l'obésité », est suivie par trois indicateurs dans le présent rapport. En tout, nous utilisons huit indicateurs de la situation nutritionnelle pour suivre six des cibles.

Ce chapitre fournit les dernières estimations de la situation nutritionnelle pour ces huit indicateurs à l'échelle mondiale, par région et par pays. Tout d'abord, nous présentons les progrès à l'échelle mondiale et régionale. Ensuite, nous exposons la situation nutritionnelle à l'échelle nationale de trois façons différentes — par rapport aux cibles mondiales, par rapport aux autres pays et conjointement — en combinant les estimations sur le retard de croissance et sur l'émaciation afin de fournir une représentation plus complète du fardeau de la sous-alimentation.

AVANCÉES VERS L'ATTEINTE DES CIBLES MONDIALES

Les dernières Estimations conjointes de la malnutrition infantile en matière de retard de croissance, d'émaciation, d'émaciation sévère et de surpoids chez les enfants de moins de 5 ans publiées par l'UNICEF, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et la Banque mondiale, en septembre 2015, sont présentées dans le Tableauau 2.1. Ces estimations nous rappellent que nous avons fait des progrès substantiels quant au nombre d'enfants souffrant d'un retard de croissance, mais moins en matière d'émaciation. Et le nombre d'enfants de moins de 5 ans en surpoids augmente. Nous n'avons, par ailleurs, aucune nouvelle donnée sur l'anémie, le surpoids, l'obésité ou le taux de glycémie élevé chez l'adulte depuis le *Rapport sur la nutrition mondiale 2015*.

Les dernières Estimations conjointes de la malnutrition infantile en matière de retard de croissance, d'émaciation et de surpoids chez les enfants de moins de 5 ans ne changent en rien l'évaluation que nous avons effectuée dans le *Rapport sur la nutrition mondiale 2015*, à savoir que le monde est mal parti pour atteindre les cibles mondiales pour les huit indicateurs nutritionnels que nous suivons (Tableauau 2.2).

À l'échelle régionale, ainsi que l'illustre la Figure 2.1, le nombre d'enfants souffrant d'un retard de croissance diminue dans toutes les régions sauf en Afrique. Le nombre d'enfants de moins de 5 ans en surpoids (Figure 2.1) augmente le plus rapidement en Asie.

Comme le montre la Figure 2.2, les prévalences du surpoids et de l'obésité, de l'obésité seule, et du diabète (taux de glycémie élevé) chez l'adulte devraient augmenter à des rythmes semblables dans toutes les régions.

TABLEAU 2.1 Situation mondiale de la malnutrition

Indicateur	Nombre de personnes	Prévalence actuelle (%)
Retard de croissance chez les moins de 5 ans	159 millions en 2014 (255 millions en 1990)	23,8 (39,6 en 1990)
Surpoids chez les moins de 5 ans	41 millions en 2014 (31 millions en 1990)	6,1 (4,8 en 1990)
Émaciation chez les moins de 5 ans	50 millions en 2014	7,5
Émaciation sévère chez les moins de 5 ans	16 millions en 2014	2,4
Anémie chez les femmes de 15 à 49 ans (enceintes et non enceintes)	533 millions en 2011	29 pour les femmes non enceintes en 2011 (33 en 1995) 38 pour les femmes enceintes en 2011 (43 en 1995)
Allaitement maternel exclusif (chez les nourrissons de moins de 6 mois)	ND	39 en 2014
Faible poids à la naissance	20 millions en 2014	15
Surpoids chez l'adulte (18 ans et plus)	1,9 milliard en 2014	39
Obésité chez l'adulte (18 ans et plus)	600 millions en 2014	13
Diabète (taux de glycémie élevé) chez l'adulte (18 ans et plus)	ND	9

Source : Les chiffres pour le retard de croissance, le surpoids, l'émaciation et l'émaciation sévère sont tirés des Estimations conjointes de la malnutrition infantile 2015, qui estimaient des données de 2014 (UNICEF, OMS et Banque mondiale 2015) ; les chiffres pour l'anémie proviennent de Stevens et al. (2013), qui estimaient des données de 2011 ; les données sur l'allaitement maternel exclusif proviennent de l'UNICEF (2016b) ; les données sur le faible poids à la naissance sont tirées du dernier document d'orientation de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) sur le sujet (OMS 2014a) ; les données sur le surpoids, l'obésité et le diabète chez l'adulte proviennent de l'OMS (2014b).

Note : ND = non disponible ; il n'y a pas de chiffres à l'échelle mondiale indiquant le nombre de personnes atteintes de diabète et le nombre de nourrissons allaités exclusivement au lait maternel, qui puissent correspondre aux pourcentages. Il n'existe pas de données comparables pour 1990 en ce qui concerne l'émaciation chez les moins de 5 ans, l'émaciation sévère chez les moins de 5 ans et l'anémie chez les femmes en âge de procréer. D'après les Estimations conjointes de la malnutrition infantile pour 2015 (UNICEF, OMS et Banque mondiale 2015), il y avait 667 millions d'enfants de moins de 5 ans dans le monde.

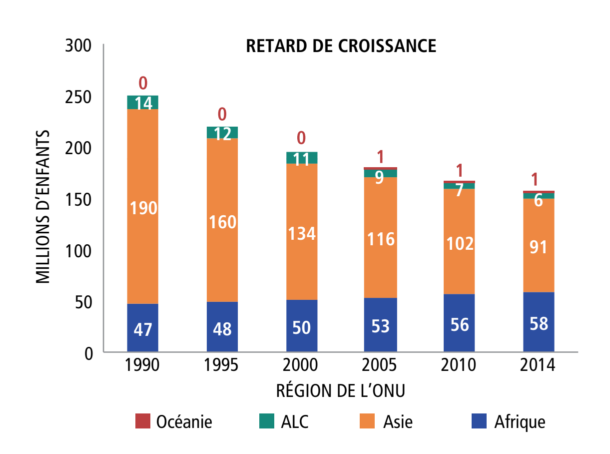
TABLEAU 2.2 Avancées mondiales vis-à-vis des cibles mondiales de nutrition

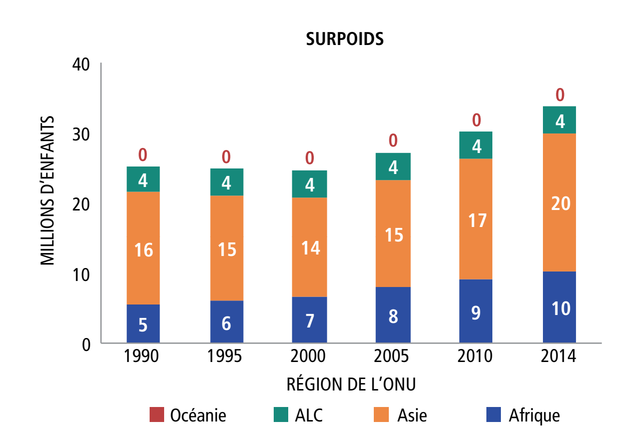
Cible et indicateur	Année de référence	État de référence	Cible pour 2025	En bonne ou mauvaise voie ?	Base de l'évaluation
Retard de croissance Réduire de 40 % le nombre d'enfants de moins de 5 ans présentant un retard de croissance	2012	162 millions	~100 millions (actuellement 159 millions)	Mauvaise	Le taux de réduction actuel n'est pas assez rapide pour atteindre la cible de 100 millions d'ici 2025.
Émaciation Réduire et maintenir au-dessous de 5 % l'émaciation chez l'enfant	2012	8 %	< 5 % (actuellement 7,5 %)	Mauvaise	Le taux de réduction actuel n'est pas assez rapide pour atteindre la cible de moins de 5 % d'ici 2025.
Surpoids chez les moins de 5 ans Pas d'augmentation du pourcentage d'enfants en surpoids	2012	7 %	Aucune augmentation (actuellement 6,1 %)	Mauvaise	La proportion de référence pour 2012 a été revue à la baisse de 7 % à 5,9 % dans les ECMI pour 2015. Le taux actuel est légèrement supérieur à ce seuil, et donc en mauvaise voie.
Anémie Réduire de 50 % l'anémie chez les femmes en âge de procréer	2011	29 %	15 % (aucune nouvelle donnée par rapport à la valeur de référence)	Mauvaise	Très peu de progrès depuis 1995, où elle a été estimée à 33 %.
Faible poids à la naissance Réduire de 30 % l'insuffisance pondérale à la naissance	2008–2012	15 %	10 %	ND	Les méthodes d'estimation ont été revues (cf. Encadré 2.1).
Allaitement maternel exclusif Porter à au moins 50 % les taux d'allaitement maternel exclusif au cours des 6 premiers mois de la vie	2008–2012	38 %	50 % (actuellement 39 %)	Mauvaise	Les taux n'augmentent pas assez rapidement pour atteindre la cible de 50 % d'ici 2025.
Surpoids chez l'adulte Enrayer la hausse de la prévalence	2014	38 %	Enrayer la hausse de la prévalence	Mauvaise	Les taux ont augmenté dans la grande majorité des pays, de 2010 à 2014.
Obésité chez l'adulte Enrayer la hausse de la prévalence	2014	12 %	Enrayer la hausse de la prévalence	Mauvaise	Les taux ont augmenté dans la grande majorité des pays, de 2010 à 2014.
Diabète (taux de glycémie élevé) chez l'adulte Enrayer la hausse de la prévalence	2014	9 %	Enrayer la hausse de la prévalence	Mauvaise	Les taux ont augmenté dans la grande majorité des pays, de 2010 à 2014.

Source : D'après IFPRI (2014, Tableau 3.1 ; 2015a, Tableau 2.1) ; UNICEF, OMS et Banque mondiale (2015) ; OMS (2014b, 2016s, 2016t) ; l'estimation de l'anémie de 1995 provient de Stevens et al. (2013).

Note : Le terme « cibles mondiales de nutrition » renvoie aux cibles adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé pour la nutrition de la mère, du nourrisson et du jeune enfant, et aux cibles relatives à la nutrition dans le Cadre mondial de suivi pour la prévention et la maîtrise des MNT. Pour ce qui est du faible poids à la naissance, de nouvelles méthodes d'estimation de données ont été élaborées et devraient être publiées au cours de la seconde moitié de 2016 par un groupe de travail comprenant la London School of Hygiene and Tropical Medicine (École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres), l'UNICEF et l'Organisation mondiale de la Santé. Pour en savoir plus sur les méthodes utilisées pour calculer la cible de retard de croissance, cf. Onis et al. (2013). ND = non disponible. ECMI = Estimations conjointes de la malnutrition infantile.

FIGURE 2.1 Nombre d'enfants de moins de 5 ans touchés par le retard de croissance et le surpoids, par région, 1990-2014

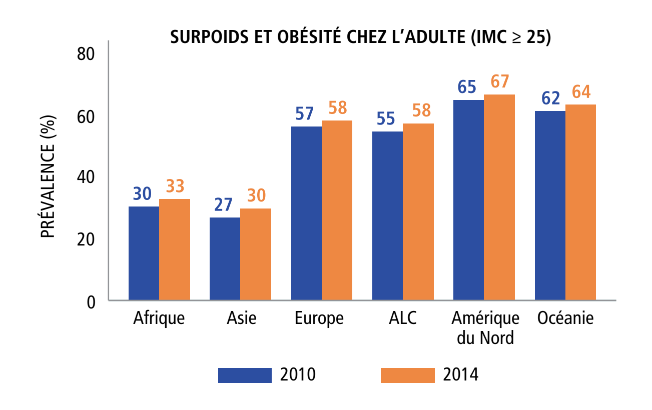


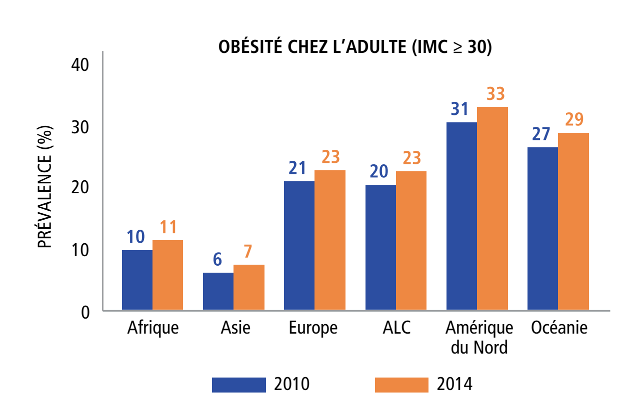


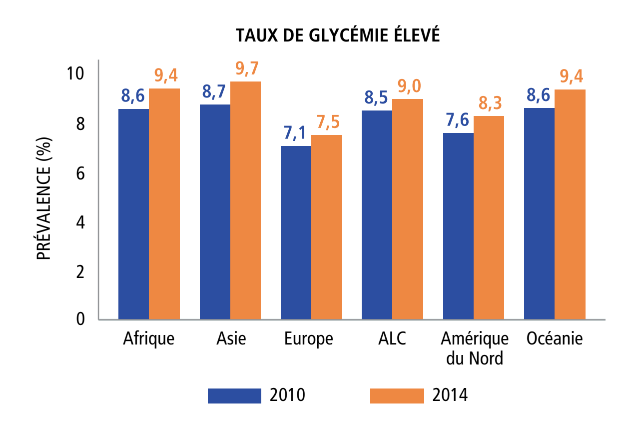
Source : Auteurs, d'après UNICEF, OMS et Banque mondiale (2015).

Note : ALC = Amérique latine et Caraïbes. L'Europe et l'Amérique du Nord ne figurent pas dans les chiffres sur le surpoids en raison d'un manque de données. Les estimations pour l'Asie excluent le Japon. Les estimations pour l'Océanie excluent l'Australie et la Nouvelle-Zélande.

FIGURE 2.2 Surpoids et obésité, obésité seule et diabète chez l'adulte, par région de l'ONU, 2010 et 2014



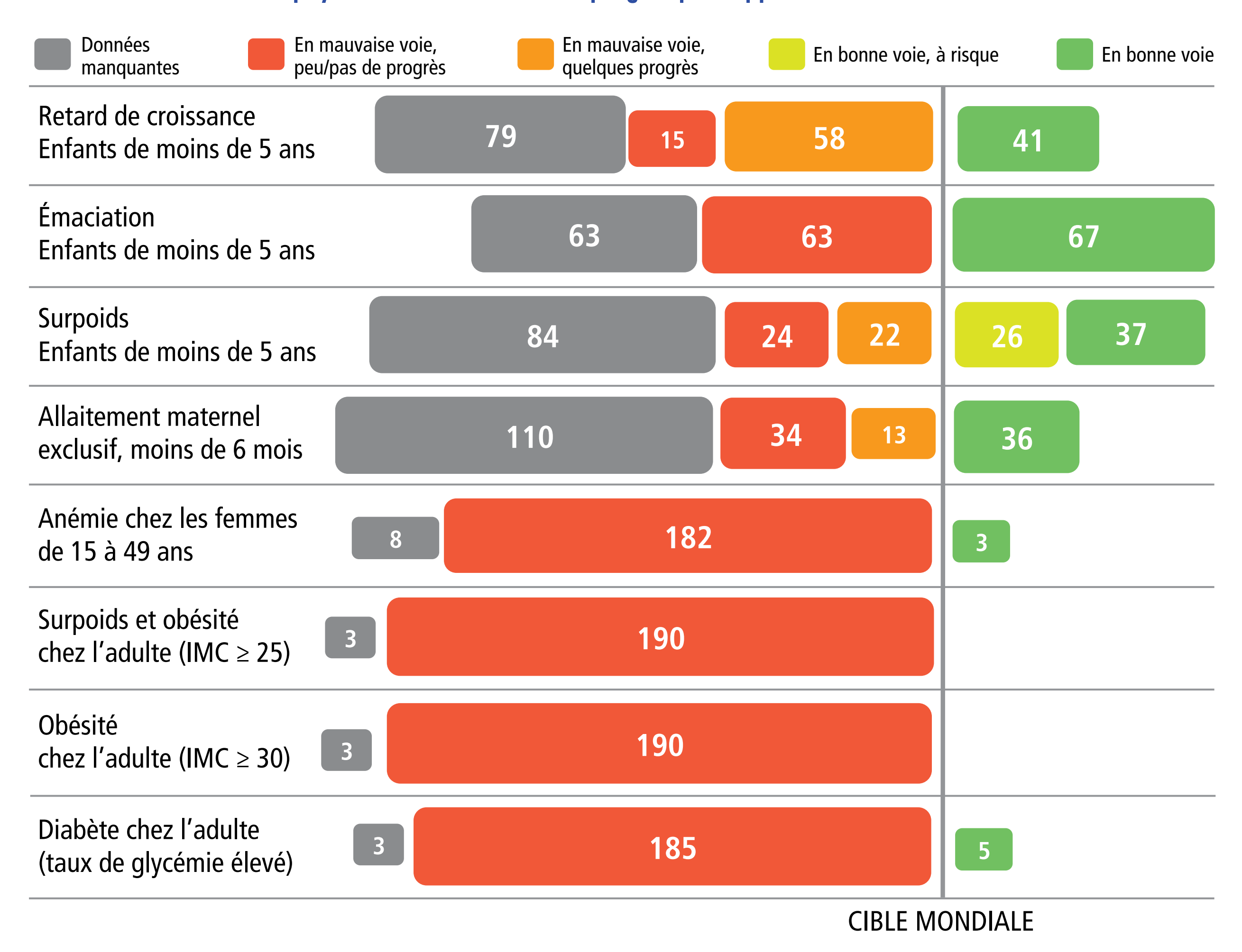




Source : Auteurs, d'après les données de l'OMS (2015a).

Note : Taux de glycémie élevé = taux de glycémie à jeun ≥7,0 mmol/l (126 mg/dl), traitement pour un taux de glycémie élevé ou antécédents de diagnostic de diabète. IMC = indice de masse corporelle ; ALC = Amérique latine et Caraïbes. Nombre de pays = 190. Les données sur la prévalence sont des estimations corrigées et normalisées selon l'âge (population âgée de 18 ans et plus). Les estimations régionales sont des moyennes pondérées en fonction de la population.

FIGURE 2.3 Nombre de pays à différents stades de progrès par rapport aux cibles mondiales de nutrition



Source : Auteurs, d'après les données de Stevens et al. (2013), UNICEF (2016b), UNICEF, OMS et Banque mondiale (2015), et OMS (2015a).

Toutefois, comme nous l'avons vu dans les *Rapports sur la nutrition mondiale 2014* et 2015, les chiffres mondiaux et régionaux cachent d'importantes variations entre les pays. L'application des cibles mondiales à l'échelle des pays révèle que beaucoup d'entre eux sont en bonne voie et qu'un plus grand nombre encore progressent, même si le rythme n'y est pas pour atteindre la cible mondiale.

En fait, sur les 24 pays présentant de nouvelles données (dans les ECMI) depuis le *Rapport sur la nutrition mondiale 2015*, un seul a reculé dans son évaluation (de « en bonne voie » à « en mauvaise voie, quelques progrès »). En revanche, le Cameroun, le Congo, El Salvador, Sao Tomé-et-Principe et le Timor-Leste sont tous passés dans la catégorie « en bonne voie » pour divers indicateurs (cf. Tableau annexe A3.1).

La Figure 2.3 résume le dernier état d'avancement pour tous les pays par rapport aux cibles mondiales au moyen des règles élaborées pour le *Rapport sur la nutrition mondiale 2015* (cf. Annexe 2). Elle montre, premièrement, que nombre de pays sont en bonne voie et réalisent des progrès satisfaisants par rapport à la cible mondiale de l'AMS sur le retard de croissance, l'émaciation et le surpoids chez les enfants de moins de 5 ans, ainsi que sur l'allaitement maternel exclusif chez les nourrissons de moins de 6 mois. Deuxièmement, pour les quatre autres indicateurs — l'anémie chez les femmes de 15 à 49 ans, ainsi que le surpoids, l'obésité et le taux de glycémie élevé chez l'adulte — presque tous les pays sont en mauvaise voie. Troisièmement, la disponibilité des données demeure un réel problème lorsqu'il s'agit d'effectuer des évaluations. Le premier ensemble de quatre indicateurs repose sur des enquêtes transversales, mais de nombreux pays n'ont pas suffisamment de données pour nous permettre de réaliser une évaluation. Sur quatre évaluations possibles pour 193 pays, nous avons seulement pu en réaliser 436, soit 56 % du total de 772. Le deuxième ensemble de quatre indicateurs dispose d'une base de données sous-jacente plus clairsemée, car les évaluations reposent sur des estimations modélisées. L'existence d'un lien entre l'absence de progrès vers l'atteinte d'une cible mondiale et l'utilisation de données modélisées n'apparaît pas clairement ; il y aurait donc lieu d'approfondir les recherches dans ce cas de figure.

La Figure 2.3 ne présente pas les évaluations sur le faible poids à la naissance (FPN), car les estimations sur sa prévalence ont besoin d'être renforcées. Les travaux sont en cours dans ce domaine, et l'Encadré 2.2 décrit les actions prises et les progrès réalisés.

ENCADRÉ 2.2 COMBIEN DE BÉBÉS DE FAIBLE POIDS NAISSENT CHAQUE ANNÉE ?

HANNAH BLENCOWE, ELAINE BORGHI, MERCEDES DE ONIS, JULIA KRASEVEC, JOY LAWN ET SUHAIL SHIEKH

Un faible poids à la naissance expose le nourrisson à un risque accru de morbidité et de mortalité, et constitue un indicateur clé de la naissance prématurée et de l'état nutritionnel. En 2012, l'Assemblée mondiale de la Santé adoptait la cible visant à réduire de 30 %, entre 2012 et 2025, la prévalence du faible poids à la naissance (OMS 2012b), mais il a été difficile de suivre les progrès, car un grand nombre de nouveau-nés ne sont pas pesés à la naissance. Afin d'améliorer les données nationales et des séries chronologiques, l'UNICEF, l'Organisation mondiale de la Santé et l'Université John Hopkins ont œuvré, avec la London School of Hygiene and Tropical Medicine, à l'amélioration de la quantité et de la qualité des données sur le faible poids à la naissance, notamment les éléments suivants :

- augmentation du volume de données provenant des systèmes de rapports courants (1 119 points de données provenant de 99 pays sont maintenant inclus, couvrant ainsi plus de 308 millions de naissances vivantes) ;
- amélioration des méthodes visant à adapter les estimations de taux de faible poids à la naissance en fonction des données d'enquêtes auprès des ménages (s'applique à 70 enquêtes par grappes à indicateurs multiples et à 93 enquêtes démographiques et sanitaires) ;
- révision des critères d'inclusion de façon à inclure uniquement les données des enquêtes où au moins 30 % des nouveau-nés sont pesés (élimination de 32 enquêtes provenant de 18 pays), et à exclure les sources de données comprenant des taux de faible poids à la naissance inférieurs à 3,2 % ou supérieurs à 40 % (exclusion de 37 points de données en provenance de 15 pays) ;
- élaboration d'un modèle visant à estimer les taux de faible poids à la naissance et à améliorer la comparabilité entre les pays d'une manière transparente et objective.

La bonne nouvelle, c'est que davantage de données nous parviennent désormais de rapports sanitaires courants, provenant principalement de pays à revenu élevé et intermédiaire supérieur, et que la qualité des données des séries chronologiques disponibles s'est accrue grâce aux nouveaux critères d'inclusion. Toutefois, la plupart des données exclues en vertu de ces nouveaux critères d'inclusion proviennent de pays à revenu faible et intermédiaire inférieur, où seule une minorité des nouveau-nés sont pesés. Par conséquent, les données disponibles représentent un échantillon biaisé d'enfants de familles plus riches.

Les toutes prochaines étapes consistent à finaliser les séries chronologiques révisées, à terminer la modélisation, à mener des consultations auprès des pays et à diffuser les résultats au début de 2017. Le groupe travaillera également à l'élaboration de lignes directrices pour la mesure, l'enregistrement et la déclaration en bonne et due forme des poids de naissance afin d'aider à améliorer la qualité des données des pays.

La déclaration d'un faible poids à la naissance exige la présence d'un professionnel qualifié, doté du matériel et des compétences nécessaires pour peser le bébé et enregistrer le poids de naissance, ainsi que de systèmes de rapports courants efficaces pour recueillir les données. Les données d'entrée inférieures aux normes continueront de nuire aux rapports mondiaux sur le faible poids à la naissance tant que les gouvernements n'accorderont pas la priorité et des fonds à la présence de professionnels qualifiés à la naissance, tout en éliminant les obstacles pour veiller à ce que le poids de tous les nouveau-nés soit mesuré, enregistré et déclaré.

L'absence de données est un obstacle fondamental à notre capacité à évaluer les avancées réelles à l'échelle mondiale et nationale et à en tirer des enseignements. Elle occulte les inégalités au sein des pays et rend beaucoup plus difficile l'atteinte de l'aspiration des Objectifs de développement durable visant à ce que personne ne soit laissé pour compte. Enfin, elle représente également un obstacle fondamental à la redevabilité. L'Encadré 2.3 met en exergue les données disponibles dans les profils nutritionnels des pays du *Rapport sur la nutrition mondiale*.

À l'ère des Objectifs de développement durable, la révolution des données doit inclure la nutrition. Les acteurs de la nutrition doivent saisir toutes les occasions possibles de se rapprocher des processus d'investissement dans les données, à commencer par le Forum sur la révolution mondiale des données pour le développement durable prévu pour la seconde moitié de 2016 et tous les deux ou trois ans par la suite (UN SDSN 2015).

AVANCÉES DE LA SITUATION NUTRITIONNELLE À L'ÉCHELLE NATIONALE

Cette section présente des données sur la situation nutritionnelle nationale selon trois éclairages différents afin d'aider les acteurs nationaux à accélérer les actions en faveur de la nutrition.

Tout d'abord, nous présentons des données sur les pays quasiment sur la voie d'atteindre les huit cibles mondiales. Ces pays pourront ainsi décider des domaines dans lesquels employer leur énergie et leurs ressources dans la lutte contre la malnutrition. Le fait de savoir qu'ils sont près d'atteindre une cible mondiale pourrait les motiver à entreprendre d'autres actions, mais cette information risque également de détourner leur attention des indicateurs qui progressent peu. Quoi qu'il en soit, les données supplémentaires devraient stimuler le débat sur les priorités.

ENCADRÉ 2.3 PROFIL DES PAYS DU *RAPPORT SUR LA NUTRITION MONDIALE*

TARA SHYAM

Les profils nutritionnels du *Rapport sur la nutrition mondiale* réunissent plus de 80 indicateurs sur la situation nutritionnelle, la couverture des interventions, les facteurs sous-jacents et les ressources pour l'ensemble des 193 États membres de l'ONU. Ces données sont présentées par pays, région et sous-région, ainsi que dans un profil mondial. Elles sont offertes sous forme de documents individuels de deux pages et de données brutes sur www.globalnutritionreport.org.

Ces données sont fournies par l'OMS, l'UNICEF, l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) et la Banque mondiale. Pour encourager le libre accès aux données sur la nutrition, tous les ensembles de données figurant dans les profils du *Rapport sur la nutrition mondiale* sont tirés de sources accessibles au public, soit gratuitement en ligne ou sur papier, soit gratuitement auprès de l'organisme qui les a publiés. Dans la mesure du possible, les profils ont eu recours à des données d'enquêtes ; toutefois, lorsqu'il était impossible de trouver des données d'enquêtes solides, les meilleures estimations modélisées possible ont également été utilisées. Une note technique, également disponible sur le site Web du *Rapport sur la nutrition mondiale*, fournit des détails sur les sources de données et les définitions de chaque indicateur utilisé dans les profils.

En plus de présenter les données disponibles, les profils de nutrition soulignent la présence de déficits, soit de données disponibles ou de compatibilité entre les données d'un pays et les normes internationales. Bien qu'il existe peut-être d'autres sources de données crédibles utilisées à l'échelle nationale, les profils de nutrition du *Rapport sur la nutrition mondiale* contiennent uniquement les données employant des méthodologies uniformes dans l'ensemble des 193 pays, assurant ainsi l'utilisation d'une norme unique lors de l'établissement de comparaisons entre les pays pour chaque indicateur.

Les profils visent à aider les champions de la nutrition de tous les secteurs à évaluer les avancées d'un pays en matière de nutrition, à les comparer avec celles d'autres pays de sa région ou d'autres régions, et à promouvoir davantage d'actions en faveur de la nutrition dans leur domaine.

FIGURE 2.4 Pays sur le point de passer de la catégorie « en mauvaise voie » à la catégorie « en bonne voie », par indicateur nutritionnel

Indicateur	Pays
Retard de croissance, enfants de moins de 5 ans (*n* = 114)	Népal (le plus près), Côte d'Ivoire, Nicaragua, Uruguay, Serbie, Zimbabwe, Inde, Guinée équatoriale, Rwanda, Sri Lanka
Émaciation, enfants de moins de 5 ans (*n* = 130)	Suriname (le plus près), Tonga, Haïti, Libéria, Viet Nam, Cameroun, Sénégal, Congo, Bhoutan, Guinée-Bissau
Surpoids, enfants de moins de 5 ans (*n* = 109)	Jamaïque (le plus près), Djibouti, Bolivie, Maroc, Lesotho, Indonésie, Chili, Mozambique, Rwanda, République de Corée
Allaitement maternel exclusif, moins de 6 mois (*n* = 83)	Pérou (le plus près), Malawi, Jamaïque, Guatemala, Bhoutan, Ukraine, Éthiopie, Arménie, ERY Macédoine, Bélarus
Anémie, femmes de 15 à 49 ans (*n* = 185)	Pérou (le plus près), Vanuatu, Mexique, Kenya, Philippines, Éthiopie, Tadjikistan, Indonésie, Panama, Malawi
Surpoids et obésité chez l'adulte (IMC ≥ 25) (*n* = 190)	Nauru (le plus près), Îles Marshall, Tonga, Kiribati, Micronésie, Palau, Fidji, Japon, Samoa, RPD Corée
Obésité chez l'adulte (IMC ≥ 30) (*n* = 190)	RPD Corée (le plus près), Nauru, Japon, Afghanistan, Timor-Leste, Érythrée, Népal, Niger, Burundi, République centrafricaine
Diabète chez l'adulte (taux de glycémie élevé) (*n* = 190)	Israël (le plus près), Bosnie-Herzégovine, Lettonie, Singapour, RPD Corée, Belgique, Espagne, Ukraine, Monténégro, Japon

CIBLE MONDIALE

Source : Auteurs, d'après les données de Stevens et al. (2013), UNICEF (2016b), UNICEF, OMS et Banque mondiale (2015), et OMS (2015a).

Note : IMC = indice de masse corporelle ; RPD Corée = République populaire démocratique de Corée ; ERY Macédoine = ex-République yougoslave de Macédoine.

ENCADRÉ 2.4 LES LANCEMENTS DU *RAPPORT SUR LA NUTRITION MONDIALE* DANS DIFFÉRENTS PAYS PEUVENT SUSCITER DE NOUVELLES ACTIONS

LAWRENCE HADDAD

De 2014 à 2016, j'ai eu la chance d'assister à plus de 20 lancements du *Rapport sur la nutrition mondiale* dans différents pays aux prises avec des fardeaux de malnutrition très divers. Voici une évaluation subjective de ce que j'ai remarqué à propos de la capacité des lancements du rapport à susciter le dialogue et l'action.

1. **Les lancements sont fortement sollicités dans les pays.** La grande majorité des lancements sont organisés par des parties prenantes au sein des pays. Il existe un engouement pour un événement qui étudie la malnutrition sous toutes ses formes, les intrants comme les résultats, les avancées tant dans la région que par rapport aux cibles mondiales, et le processus comme les accomplissements.
2. **Des conversations s'amorcent.** Parfois, elles portent sur les données (par exemple, pourquoi les dernières données nationales diffèrent du contenu des bases de données de l'OMS, l'UNICEF ou la Banque mondiale et, ainsi, de celui du *Rapport sur la nutrition mondiale*) ; d'autres fois, elles portent sur des questions qui revêtent une grande importance pour le pays hôte, mais que le *Rapport sur la nutrition mondiale* n'a pas suffisamment mises en relief (par exemple, le rôle des médias ou les inégalités au sein du pays) ; et d'autres fois encore, elles expriment l'incrédulité quant au fait que le pays s'en sort mieux (ou moins bien) qu'un État voisin.
3. **Des actions sont lancées.** À titre d'exemples, nous trouvons : un ministre de la Santé qui téléphone à son personnel pour savoir pourquoi le pays n'est pas en bonne voie d'atteindre une cible mondiale ; un député qui veut savoir comment son pays peut prendre un engagement en faveur de la nutrition pour la croissance (N4G) ; les leaders d'un processus de planification nationale qui collaborent avec l'équipe du *Rapport sur la nutrition mondiale* afin d'aider à modeler, justifier et communiquer leur nouvelle stratégie nationale pour la nutrition ; un secrétaire de cabinet qui veut savoir comment utiliser les données probantes sur les retombées économiques du renforcement des actions en faveur de la nutrition ; et le dirigeant d'un réseau de la société civile qui utilise les statistiques et les présentations du *Rapport sur la nutrition mondiale* pour inciter son pays à devenir membre du Mouvement pour le renforcement de la nutrition.
4. **Les lancements du R*apport sur la nutrition mondiale* sont un piètre substitut pour une initiative nationale semblable.** La publication périodique de rapports nationaux sur la nutrition renforcerait l'engagement envers la redevabilité en matière de nutrition, apporterait des données plus détaillées et pertinentes, et alimenterait les processus de nutrition nationaux et infranationaux. Elle stimulerait également la production, l'analyse, l'examen approfondi et l'utilisation de données nationales et infranationales.

Ensuite, nous présentons le classement mondial des pays par rapport aux huit indicateurs. Les classements nationaux tendent à être plus faciles à interpréter pour les décideurs et le public, et sont donc susceptibles de lancer le débat sur leurs performances par rapport aux autres pays.

Enfin, pour un grand nombre de pays, nous présentons des données sur le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui souffrent de retard de croissance, d'émaciation ou des deux. Au moment d'évaluer la situation nutritionnelle et de promouvoir la réduction de la malnutrition, nous avons tendance à utiliser l'un ou l'autre indicateur, mais la combinaison des deux donne une meilleure idée du fardeau de la malnutrition, qui à son tour entretient le sentiment de l'urgence d'agir.

LES PAYS QUASIMENT SUR LA VOIE D'ATTEINDRE LES CIBLES MONDIALES

Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2015* a ajouté une certaine nuance aux évaluations des pays, en distinguant si le pays est en bonne voie et fait peu de progrès, ou est en mauvaise voie et fait des progrès. Dans cette section, nous explicitons davantage les pays qui sont quasiment sur la voie de satisfaire chacun des huit indicateurs de nutrition suivis dans le *Rapport sur la nutrition mondiale*. La proximité est évaluée en fonction de la simple distance entre les taux de progression requis pour atteindre les cibles et les taux actuels de progression.[2]

La Figure 2.4 met en lumière, pour chaque indicateur, les 10 pays qui sont au plus près du taux de progression requis pour atteindre la cible mondiale en 2025. Cette évaluation pourrait jeter un éclairage différent sur les données et ainsi donner aux pays un élan supplémentaire en leur révélant combien ils se rapprochent du statut « en bonne voie » d'atteindre la cible mondiale.

CLASSEMENT DES PAYS SELON LES INDICATEURS DE LA SITUATION NUTRITIONNELLE

Les Tableaux annexes 3.2 à 3.9 présentent les classements des pays selon leur niveau par rapport aux huit indicateurs présentés à la Figure 2.4. Les classements donnent aux pays une idée de leur position par rapport à leurs voisins et comparateurs, plutôt que par rapport à une cible mondiale. Les classements sont également un moyen utile pour les organisations de la société civile de comparer la position de leur propre pays et de promouvoir le dialogue sur les raisons pour lesquelles celui-ci s'en sort mieux ou moins bien que ses comparses. À l'occasion de nos multiples lancements du *Rapport sur la nutrition mondiale* dans le monde entier, nous pré-

sentons les données sur la situation nutritionnelle des pays dans la région où le rapport est lancé, classés selon les huit indicateurs que suit le *Rapport sur la nutrition mondiale*. La position du pays hôte par rapport à ses voisins attire immanquablement l'attention des représentants de son gouvernement ou de ses médias nationaux (Encadré 2.4)

CLASSEMENT DES PAYS SELON LA CHARGE COMBINÉE DU RETARD DE CROISSANCE ET DE L'ÉMACIATION

Tous les enfants en retard de croissance ne souffrent pas forcément d'émaciation, de même que tous les enfants émaciés ne présentent pas un retard de croissance. Pour évaluer la charge de la sous-alimentation chez les enfants de moins de 5 ans de façon exhaustive, il convient d'estimer le nombre d'enfants qui souffrent de retard de croissance, d'émaciation ou des deux. Dans le *Rapport sur la nutrition mondiale 2015*, à partir des données de cinq pays durement touchés par la sous-alimentation, nous avons donné un aperçu de la prévalence du retard de croissance, de l'émaciation ou des deux (concomitance) chez les enfants de 6 à 59 mois, en soulignant le fait que, dans les cinq pays, une minorité d'enfants échappaient à la fois au retard de croissance et à l'émaciation (Dolan, Mwangome et Khara 2015).

Dans cette section, nous fournissons une analyse élargie de tous les pays présentant des ensembles de données représentatifs et récents (2005–2015)[3]. Les 83 pays de l'échantillon comprennent ceux dont la charge de la sous-alimentation est lourde, moyenne ou légère. L'estimation de la prévalence des enfants de 6 à 59 mois souffrant d'émaciation ou de retard de croissance s'élève à 38,9 %, comparativement à une estimation pour les mêmes pays de 33 % des enfants du même groupe d'âge qui souffrent d'un retard de croissance. Une estimation du pourcentage d'enfants souffrant d'un retard de croissance ou d'émaciation fournit une plus grande estimation de la charge de la malnutrition touchant les enfants de moins de 5 ans que les seuls chiffres sur le retard de croissance. Comme le montre la Figure 2.5, sur les 83 pays, il y en a 13 en rouge, où moins de la moitié des enfants de moins de 5 ans ont échappé à la fois au retard de croissance et à l'émaciation.

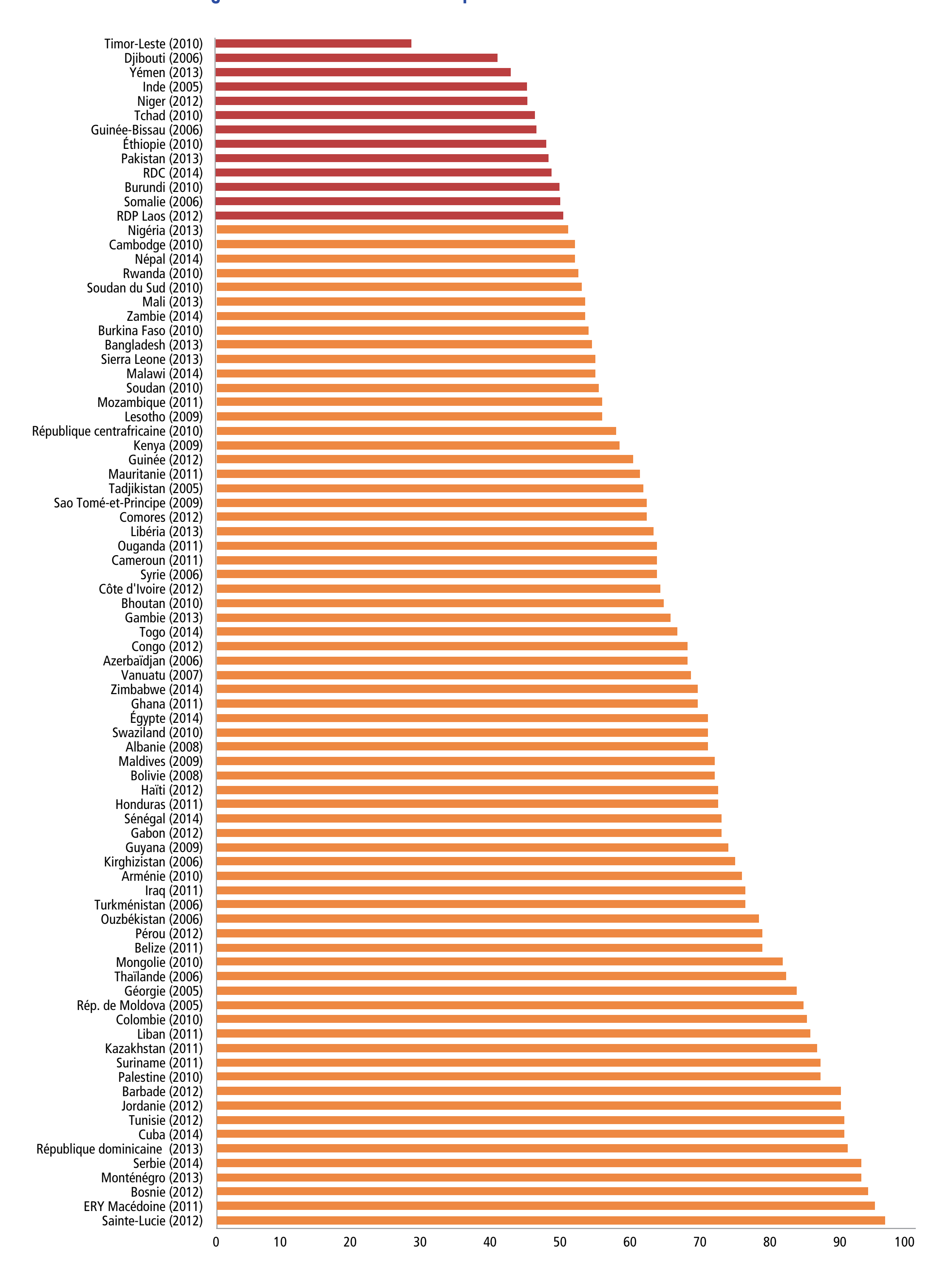
APPELS À L'ACTION

1. **Mettre en avant davantage de cas de réussite en matière de nutrition.** Chaque pays est un exemple de réussite, d'échec ou de stagnation en matière de nutrition, mais il importe de raconter son histoire. D'une part, les pays qui sont en bonne voie d'atteindre les cibles mondiales peuvent représenter une source de conseils et d'inspiration quant à la façon de réduire la malnutrition ; d'autre part, les pays qui sont en mauvaise voie exigent une compréhension et une analyse en profondeur. Les bailleurs de fonds devraient encourager les chercheurs à entreprendre ces évaluations, les revues devraient publier ces rapports, et les conclusions devraient être diffusées dans les médias grand public. Le besoin d'histoires crédibles se fait particulièrement sentir là où les indicateurs stagnent ou empirent. Compte tenu du besoin urgent de cas de réussite, il conviendrait de financer, d'ici 2018, un programme de recherche majeur, s'étendant sur plusieurs années et plusieurs pays, pour déterminer les raisons pour lesquelles les changements se produisent ou pas.
2. **Investir dans l'augmentation et l'amélioration des données pour évaluer les progrès.** La disponibilité de données comparables à l'échelle internationale au sujet des résultats nutritionnels est toujours déficiente, soit parce que des données de haute qualité ne sont pas recueillies à l'échelle du pays, soit parce qu'elles ne sont pas communiquées aux Nations Unies, mais ces données sont essentielles pour assurer la redevabilité.
   - Il conviendrait de réaliser des enquêtes, au moins tous les trois à cinq ans, sur les taux de retard de croissance, d'émaciation et de surpoids chez les enfants de moins de 5 ans, ainsi que sur l'allaitement maternel exclusif. D'autres enquêtes s'imposent pour évaluer l'anémie. Les organismes qui financent les enquêtes démographiques et sanitaires, les enquêtes par grappes à indicateurs multiples et autres exercices semblables devraient se prêter à davantage de coordination et répondre aux demandes des gouvernements pour des enquêtes tous les trois ans. Les pays durement touchés par la malnutrition et dont les données datent de plus de cinq ans devraient constituer une priorité pour une nouvelle collecte de données.
   - À l'horizon 2020, tous les pays à revenu élevé devraient faire en sorte que leurs données soient compatibles avec les bases de données de l'ONU.
   - Au cours des 12 prochains mois, les champions de la nutrition au sein des Nations Unies et des organisations multilatérales devraient renforcer la présence de la nutrition dans le débat en cours sur la « révolution des données » afin d'éviter qu'elle ne reste à la traîne. Cet effort pourrait commencer par le Forum sur la révolution mondiale des données pour le développement durable qui se tiendra au cours de la seconde moitié de 2016.

Chaque pays est un exemple de réussite, d'échec ou de stagnation en matière de nutrition, mais il importe de raconter son histoire.

3. **Commencer à évaluer chaque année les avancées nationales en matière de nutrition.** Les pays devraient envisager de produire des rapports nationaux annuels sur la nutrition, liés aux processus actuels, et utiliser ces données pour évaluer les avancées et les preuves concrètes de ce qui fonctionne, adapter leurs tactiques et budgets, modifier les plans nationaux de nutrition et être redevables des progrès accomplis.

FIGURE 2.5 Pourcentage d'enfants de 6 à 59 mois qui ne souffrent ni de retard de croissance ni d'émaciation



Source : Tanya Khara, Martha Mwangome et Carmel Dolan, d'après les données de DHS (2005–2015) et de l'UNICEF (2016c).

Note : Les barres rouges désignent les pays-années où le pourcentage d'enfants de 6 à 59 mois qui échappent au retard de croissance, à l'émaciation ou aux deux, est inférieur à 50 %. RDC = République démocratique du Congo ; RDP Lao = République démocratique populaire Lao ; ERY Macédoine = ex-République yougoslave de Macédoine.



3 EN LIGNE DE MIRE : AVANCÉES SUR LE FRONT DE L'ÉTABLISSEMENT DE CIBLES DE NUTRITION

PRINCIPAUX RÉSULTATS

Ce chapitre explore les progrès réalisés par les gouvernements et les entreprises quant à l'établissement de cibles de nutrition à l'échelle nationale, infranationale et des entreprises.

- L'établissement de cibles nationales peut aider à impulser l'action en faveur de la nutrition, de même que l'établissement de cibles SMART (spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes et limitées dans le temps) peut aider à favoriser l'attention et la redevabilité. Nombre de pays, cependant, n'ont pas réussi à se fixer de telles cibles ou à les définir selon les principes SMART. Une analyse de 122 plans nationaux pour la nutrition dotés d'un total possible de 732 cibles (soit six cibles pour améliorer la nutrition de la mère, du nourrisson et du jeune enfant dans chacun des 122 plans) a révélé 358 cibles seulement — soit un peu moins de la moitié du potentiel escompté. Lorsque des cibles existaient, les deux tiers seulement étaient SMART.
- Certains gouvernements ont commencé à se fixer des cibles relatives aux maladies non transmissibles (MNT), révélant ainsi un engagement croissant, mais ils restent minoritaires. Seuls 30 % environ des pays qui ont fourni des données à l'Organisation mondiale de la Santé ont doté leur plan national de lutte contre les MNT de cibles pour la réduction de l'obésité, du diabète et de la consommation de sel.
- Une bonne partie des programmes de nutrition a été décentralisée et confiée à des unités administratives infranationales. Pourtant, les exemples d'établissement de cibles à ce niveau demeurent rares. Même les missions nutritionnelles influentes lancées par les États indiens manquent de constance en matière d'établissement de cibles de nutrition.
- Près de la moitié des 22 grandes entreprises de produits alimentaires et de boissons interrogées ont établi des cibles pour la réduction du sel, du sucre et des graisses ajoutées. Toutefois, pratiquement aucune ne dispose de cibles visant à augmenter le niveau d'ingrédients bons pour la santé (tels les grains entiers, les fruits et les légumes) dans leurs produits ou à assurer l'accessibilité de produits sains.

L'ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ (AMS) A INCITÉ LES ÉTATS À CONVENIR DE CIBLES MONDIALES DE NUTRITION (ENCADRÉ 2.1, CHAPITRE 2) TANDIS QUE, COMME LE RELATE LE CHAPITRE 2, UNE façon de suivre les avancées des pays consiste à appliquer ces cibles mondiales à l'échelle nationale. Or, les cibles que les pays se fixent eux-mêmes sont autant d'outils potentiellement efficaces pour la promotion de la redevabilité. Par définition, un gouvernement appuie plus volontiers et fait davantage siennes les cibles qu'il a lui-même définies que celles fixées au-delà de sa sphère d'influence. Et ces cibles sont plus utiles du point de vue de la redevabilité lorsqu'elles obéissent aux principes SMART (à savoir spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes et limitées dans le temps).

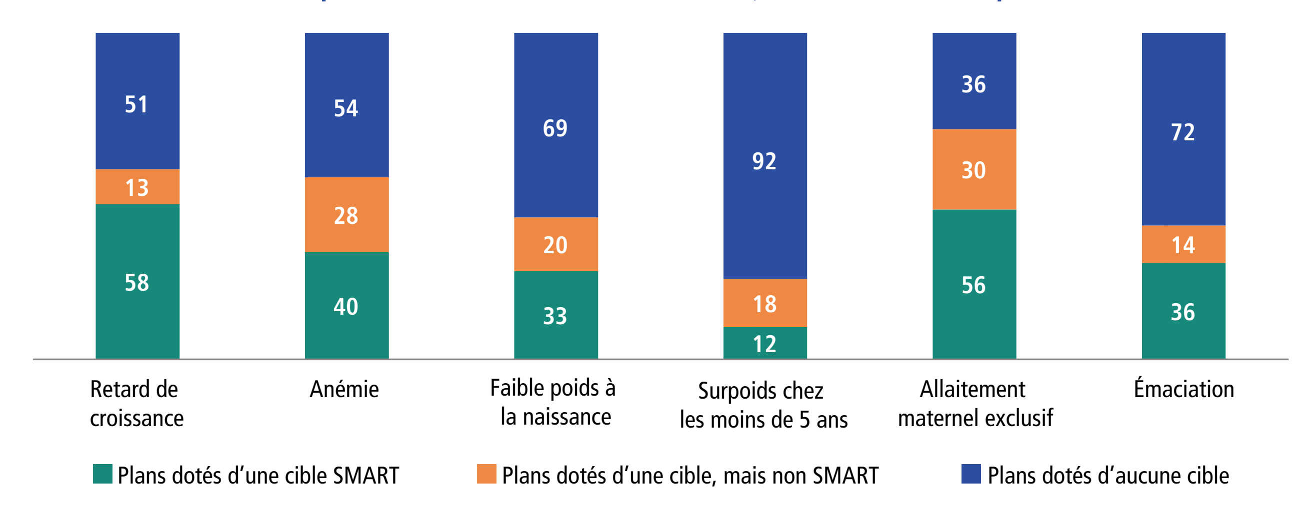
Ce chapitre porte sur les avancées réalisées par les pays sur le front de l'établissement de cibles nationales pour les indicateurs suivis au chapitre 2 (Tableau 2.1). Nous examinons les plans nationaux des pays tant pour la nutrition que pour les maladies non transmissibles (MNT) afin d'établir s'ils intègrent des cibles claires et SMART en matière de progrès. Puisque l'établissement de cibles par d'autres parties prenantes est également important (cf. chapitre 1), nous examinons les données probantes sur l'établissement de cibles par les 22 entreprises de produits alimentaires et de boissons qui ont contribué à l'Indice d'accès à la nutrition (Access to Nutrition Index – ATNI).

CIBLES NATIONALES D'AMÉLIORATION DE LA NUTRITION DE LA MÈRE, DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

Depuis la Conférence internationale sur la nutrition de 1992, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) surveille l'élaboration et la mise en œuvre des plans d'action nationaux pour la nutrition[1]. L'OMS a examiné les plans de nutrition afin d'évaluer le nombre de pays s'étant dotés de cibles correspondant aux six cibles mondiales pour améliorer la nutrition de la mère, du nourrisson et du jeune enfant : enfants de moins de 5 ans souffrant de retard de croissance, d'émaciation et de surpoids, l'insuffisance pondérale à la naissance, l'anémie chez les femmes en âge de procréer et l'allaitement exclusif au sein. Elle a par ailleurs cherché à établir si ces cibles obéissaient aux principes SMART— à savoir, si elles étaient spécifiques (dans ce cas-ci, alignées sur les cibles mondiales figurant dans le Cadre mondial de suivi de l'OMS), mesurables (comprenant à la fois une valeur de référence[2] et une valeur finale) et limitées dans le temps (énonçant un échéancier précis).[3]

L'équipe de l'OMS a identifié 122 plans nationaux pour la nutrition et les a analysés afin d'évaluer combien d'entre eux comprennent des cibles SMART. Idéalement, chacun des 122 plans devrait incorporer l'ensemble des six cibles d'amélioration de la nutrition de la mère, du nourrisson et du jeune enfant, qui devraient toutes obéir aux principes SMART, pour un total possible de 732 cibles SMART. Toutefois, l'analyse révèle que ces 122 plans comprennent 358 cibles seulement — soit moins de la moitié du total de 732 escompté (Figure 3.2). Lorsque ces cibles existent, seules 235 (ou 66 %) sont SMART.

FIGURE 3.1 Nombre de plans nationaux pour la nutrition, parmi les 122 référencés, dotés de cibles, de cibles SMART ou d'aucune cible pour améliorer la nutrition de la mère, du nourrisson et du jeune enfant



Source : Auteurs, d'après Chizuru Nishida et Kaia Engesveen.

ENCADRÉ 3.1 OUTILS DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) VISANT À AIDER LES PAYS À ÉTABLIR DES CIBLES NATIONALES DE NUTRITION

ELAINE BORGHI, KAIA ENGESVEEN, CHIZURU NISHIDA ET MERCEDES DE ONIS

L'Outil de suivi des cibles mondiales de nutrition (*Global Targets Tracking Tool*) (OMS 2016f) aide les pays dans leur processus d'adaptation des cibles mondiales à l'échelle nationale. L'outil affiche les données comparables actualisées des pays pour les indicateurs de cinq des six cibles mondiales de nutrition (le faible poids à la naissance n'y figure pas encore). Il s'agit d'un outil interactif affichant, pour chacun des indicateurs, l'état de référence, les tendances récentes et les progrès qui s'imposent pour atteindre les cibles fixées à l'horizon 2025. Cet outil vise également à fournir des points de référence permettant de suivre les avancées par rapport aux cibles, d'identifier les déficits et de déclencher l'action.

La planification de politiques étayées par des preuves en matière de nutrition oriente l'élaboration de plans nationaux de renforcement de la nutrition (Developing Country Scale-Up Plans) (OMS 2016b) en proposant cinq étapes. Il est possible d'adapter ces étapes au contexte national à partir de données mondiales et locales. Le tout a été élaboré en collaboration étroite avec le Réseau pour des politiques inspirées de bases factuelles.

Le Système d'information sur le paysage nutritionnel (Nutrition Landscape Information System – NLIS) (OMS 2016i) présente les profils nutritionnels des pays, réunissant toutes les bases de données de l'OMS sur la nutrition, ainsi que des données sur d'autres indicateurs clés connexes. Le NLIS contient des données sur l'obésité et, à l'avenir, comprendra des données sur la liste étendue d'indicateurs du Cadre mondial de suivi concernant la nutrition, notamment quelques indicateurs d'alimentation se rapportant aux maladies non transmissibles liées à la nutrition.

Le Cadre conceptuel de l'OMS (WHO Conceptual Framework) (OMS 2016g) concernant le retard de croissance et de développement facilite la compréhension des différents facteurs de risque associés au retard de croissance chez l'enfant, l'une des cibles mondiales de nutrition. Puisque le retard de croissance entretient également un lien étroit avec d'autres cibles mondiales de nutrition, le cadre met en exergue la nécessité d'une approche fondée sur le parcours de vie, en identifiant la santé de la mère comme fondement de la nutrition de l'enfant et en soulignant l'importance de l'allaitement maternel exclusif et d'une alimentation complémentaire appropriée.

La Bibliothèque électronique de données factuelles pour les interventions nutritionnelles (eLENA) (OMS 2016d) fournit des informations sur approximativement 100 interventions étayées par des preuves, qui sont liées au régime alimentaire et à la nutrition et luttent contre la malnutrition sous toutes ses formes. La nouvelle application pour téléphone mobile d'eLENA permet d'y accéder au moyen de téléphones intelligents dans des contextes dépourvus d'accès Internet fiable.

Il est possible d'évaluer les moyens humains et financiers nécessaires à la mise en œuvre des interventions nutritionnelles sélectionnées grâce à l'outil OneHealth (OMS 2016l), qui a pour objet d'étayer l'analyse, la planification stratégique et l'établissement des coûts du système de santé. Il contient un module sur la nutrition reprenant toutes les actions essentielles de l'OMS dans le domaine, ainsi que d'autres interventions spécifiques à la nutrition ou y contribuant, couramment proposées par le secteur de la santé. L'outil OneHealth comprend divers modules relatifs à l'impact, dont l'un s'appelle l'Outil Vies sauvées (Lives Saved Tool – LiST) (OMS 2016u). LiST estime l'impact d'interventions sélectionnées sur la mortalité et la morbidité infantiles, notamment le retard de croissance, l'émaciation et l'anémie chez les femmes enceintes, et peut donc indiquer si les cibles du pays sont atteignables ou non compte tenu de la couverture prévue du programme et des moyens humains et financiers disponibles.

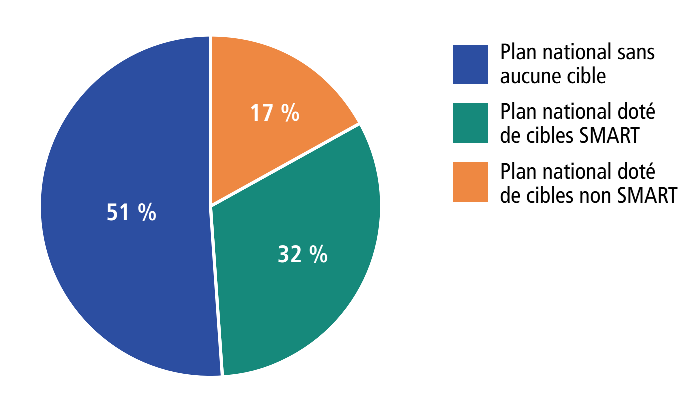
L'Outil de production des comptes de la santé (Health Accounts Production Tool – HAPT) (OMS 2016v) suit les dépenses consacrées aux actions spécifiques à la nutrition et y contribuant. L'outil peut aider à établir des cibles réalistes et atteignables en matière de résultats nutritionnels, ainsi qu'à fixer des objectifs de dépenses SMART (spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes et limités dans le temps), qui tiennent compte des déficits de financement se rapportant au renforcement des interventions nutritionnelles.

Il est possible de déceler les goulots d'étranglement dans la mise en œuvre grâce à des outils comme l'Analyse du paysage nutritionnel dans un contexte national (Landscape Analysis: Country Assessments) (OMS 2016h). Des équipes-pays multisectorielles peuvent utiliser cet outil d'évaluation rapide et participatif pour évaluer systématiquement les engagements des pays et leurs capacités (c'est-à-dire leur état de préparation) à agir à grande échelle.

La Base de données mondiale sur la mise en œuvre des actions en matière de nutrition (Global Database on the Implementation of Nutrition Action – GINA) (OMS 2016e) peut aider les planificateurs à surmonter les obstacles à la mise en œuvre en tirant des enseignements des pratiques exemplaires d'autres pays. GINA offre en outre un répertoire des engagements politiques et des actions entreprises par les pays (qui contient à l'heure actuelle des informations sur 184 pays).

Il existe également de fortes variations entre les cibles. Comme l'illustre la Figure 3.1, 86 des 122 plans nationaux comprennent des cibles de taux d'allaitement maternel exclusif. À l'autre extrême, seuls 30 des 122 plans comportent des cibles de taux de surpoids chez les enfants de moins de 5 ans. Des différences au niveau des proportions de ces cibles obéissant aux principes SMART ont aussi été relevées : 82 % des cibles sur le retard de croissance (58 sur 71) sont SMART, contre 40 % seulement des cibles sur le surpoids chez l'enfant (12 sur 30).

FIGURE 3.2 Présence de cibles pour améliorer la nutrition de la mère, du nourrisson et du jeune enfant dans les 122 plans nationaux pour la nutrition (%)



Source : Auteurs, d'après Chizuru Nishida et Kaia Engesveen.

Note : SMART = spécifique, mesurable, atteignable, réaliste et limité dans le temps.

TABLEAU 3.1 Nombre de pays dotés de cibles axées sur l'obésité adulte, le diabète adulte et la réduction du sel, par région de l'OMS

	Obésité	Diabète	Réduction du sel
Région Afrique	12	8	8
Région Amériques	11	9	6
Région Méditerranée orientale	7	7	4
Région Europe	9	9	7
Région Asie du Sud-Est	7	5	5
Région Pacifique occidental	17	17	13
Total	**63**	**55**	**43**

Source : Données auto-déclarées, non publiées de l'enquête sur les capacités nationales de lutte contre les MNT, fournies par la Surveillance and Population-Based Prevention Unit de l'OMS, Department for Prevention of NCDs. Imprimé avec son autorisation.

Afin d'aider les gouvernements à avancer et à élaborer des cibles de nutrition, l'OMS offre un éventail d'outils appuyant l'établissement de cibles nationales. Ces outils, qui sont largement axés sur la sous-alimentation, sont résumés dans l'Encadré 3.1.

CIBLES NATIONALES DE LUTTE CONTRE LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES LIÉES À LA NUTRITION

Les cibles mondiales de lutte contre les MNT ont été établies dans le Cadre mondial de suivi des MNT en fonction des performances historiques enregistrées par le 10e centile supérieur des pays afin d'aider à établir le niveau d'avancement jugé possible d'ici 2025 (les cibles sont présentées dans OMS 2016p). Afin de combler les déficits de données, l'OMS a établi, pour 2010, des valeurs de référence normalisées selon l'âge pour toutes les cibles, à partir de données et de méthodes d'estimation existantes. L'OMS suit par ailleurs régulièrement les avancées réalisées et publie des rapports de situation mondiaux.

L'OMS encourage et aide désormais ses États membres à élaborer des cibles nationales en s'inspirant de celles qui figurent dans le Cadre mondial de suivi des MNT, mais en s'appuyant sur leur propre contexte. Afin d'adapter les cibles mondiales à l'échelle nationale, l'OMS conseille aux États d'examiner leurs performances actuelles en matière de prévention et de gestion des MNT, le niveau actuel de mortalité liée aux MNT, l'exposition aux facteurs de risque, ainsi que les programmes, politiques et interventions axés sur les MNT, prévus ou en place.

L'OMS a produit une série de documents d'orientation visant à soutenir les gouvernements nationaux dans l'établissement de cibles qui concordent avec les cibles mondiales sur les MNT. Le premier formule des orientations précises pour permettre aux États membres de bien mesurer chacun des 25 indicateurs et de suivre leur évolution au fil du temps. Pour chaque indicateur, le document fournit une définition complète, des sources de données appropriées et un calcul détaillé, le cas échéant. Le deuxième outil est une feuille de calcul au format Excel permettant aux pays d'entrer leurs données de prévalence du moment afin de calculer le niveau qu'ils pourraient se fixer comme cible et les valeurs auxquelles ils aspirent d'ici 2025, ainsi que toute année intermédiaire qu'ils pourraient vouloir suivre[4].

L'OMS aide les pays à utiliser ces outils en organisant des ateliers multinationaux dans le cadre desquels ils explorent leurs sources de données existantes, leur niveau de réponse programmatique et leurs investissements prévus dans la prévention et la maîtrise des MNT, tout en réfléchissant à des niveaux appropriés pour l'établissement de cibles nationales. Ces outils sont également utilisés dans le cadre de missions nationales individuelles.

Le Groupe MNT de l'OMS utilise son enquête sur les capacités nationales de lutte contre les MNT, qui recueille des données auto-déclarées, pour suivre le nombre de plans nationaux de lutte contre les MNT qui comprennent ces cibles, notamment l'absence d'augmentation de l'obésité et du diabète et la réduction de 30 % de l'apport en sel ou en sodium. Le Tableau 3.1 présente les données déclarées par 174 pays. Parmi ceux-ci, 36 % disposent de cibles pour l'obésité, 31 % pour le diabète et 25 % pour la réduction du sel. Certains pays ont utilisé des cibles identiques ou

ENCADRÉ 3.2 PLANIFICATION NATIONALE DE LA LUTTE CONTRE L'OBÉSITÉ AU KENYA

LINDSAY JAACKS, JUSTINE KAVLE, ALBERTHA NYAKU ET ABIGAIL PERRY

Peu de pays de l'Afrique subsaharienne disposent de réponses nationales visant à lutter contre l'épidémie d'obésité, en dépit du fait que, dans de nombreux pays (comme le Ghana, le Kenya, la Mauritanie, le Niger, la Sierra Leone, la Tanzanie et le Zimbabwe), la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les femmes de 19 à 49 ans frôle les 50 % dans les zones urbaines (MQSUN 2016). Au Kenya, approximativement une personne sur deux vivant en milieu urbain et une sur quatre en milieu rural est en surpoids ou obèse, à l'instar d'environ 15 % des adolescentes (de 15 à 18 ans) en milieu urbain et 8 % de celles en milieu rural (Jaacks, Slining et Popkin 2015), ainsi que quelque 5 % des enfants de moins de 5 ans (Tzioumis et al. 2016). La prévalence croissante du surpoids et de l'obésité a contribué à la hausse rapide des maladies non transmissibles (MNT), qui représentent désormais 27 % des causes de décès chez les Kenyans de 30 à 70 ans (OMS 2016q).

Le gouvernement commence à passer à l'action — l'un des rares exemples d'une telle démarche dans cette région. En 2015, le ministère de la Santé a publié la Stratégie nationale du Kenya pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles 2015–2020, qui comprend une cible visant une augmentation nulle de l'obésité et du diabète chez l'adulte. Cette cible s'apparente à la cible sur l'obésité établie dans le Cadre mondial de suivi des MNT. Le Plan d'action national en faveur de la nutrition (2012–2017) (Kenya, Ministry of Public Health and Sanitation 2012) présente les activités spécifiques menées pour lutter contre l'augmentation du surpoids et de l'obésité au Kenya, notamment les suivantes : explorer, élaborer et diffuser une stratégie exhaustive et des directives pour la prévention, la gestion et la maîtrise des MNT liées à la nutrition ; former les prestataires de services et sensibiliser le public quant à l'importance de prévenir, de gérer et de maîtriser les MNT liées à la nutrition ; intensifier le dépistage communautaire de l'indice de masse corporelle (IMC) et du tour de taille ; et améliorer la nutrition dans les écoles (c'est-à-dire, explorer, élaborer et diffuser des directives sur la nutrition pour les écoles, mobiliser des ressources pour soutenir les programmes d'alimentation optimale, et intégrer une éducation nutritionnelle dans les programmes scolaires).

En ce qui a trait à l'obésité infantile, les orientations politiques nationales du Kenya ciblant l'amélioration de la nutrition de la mère, du nourrisson et du jeune enfant établies en 2013 affirment que l'obésité chez l'enfant est un problème de santé publique émergent (Kenya, Ministry of Health, Division of Nutrition 2013), et la première dame de l'État s'est engagée, en 2014, à agir en faveur de la nutrition, exhortant le pays à concentrer ses efforts sur l'obésité infantile. En réponse à cet appel à l'action, le ministère de la Santé élabore actuellement un Plan d'action national pour la prévention de l'obésité chez l'enfant, fondé sur les outils fournis par l'OMS dans sa publication Hiérarchiser les domaines d'action prioritaires pour prévenir l'obésité de l'enfant (OMS 2016m). Le ministère a cependant décelé un déficit majeur dans les données sur les enfants de 5 à 14 ans.

Bien que le Kenya avance dans la bonne direction en intégrant le surpoids et l'obésité dans ses politiques et les plans d'action nationaux en matière de santé, il reste contraint de poursuivre le financement de programmes de lutte contre l'obésité et d'accroître ses dépenses de nutrition en général. Un appui et une volonté politiques supplémentaires, notamment de la part de secteurs multiples, s'imposent si l'on veut espérer atteindre l'objectif consistant à enrayer la hausse de l'obésité.

semblables aux cibles définies à l'échelle mondiale. Par exemple, le Kenya s'est fixé des cibles nationales pour une augmentation nulle de l'obésité et du diabète d'ici 2020, soit le même objectif que la cible mondiale, mais à l'horizon 2020 plutôt que 2025 (Encadré 3.2). Sa cible pour l'apport en sel est inférieure, visant une réduction de 15 % à l'horizon 2020. D'autres pays se sont dotés de cibles plus ambitieuses. Ainsi, dans la Stratégie sud-africaine de prévention et de maîtrise de l'obésité, « les ministres [se] sont engagés à appeler toutes les parties prenantes à appuyer et renforcer les efforts visant à prévenir et à réduire de 10 % d'ici à 2020 la prévalence de l'obésité » (Afrique du Sud, Department of Health 2015, 10).

L'Encadré 3.2 fournit de plus amples détails sur l'élaboration de plans de lutte contre l'obésité et les MNT au Kenya, notamment par l'adoption de cibles.

CIBLES INFRANATIONALES

Un besoin croissant de cibles de nutrition se fait sentir dans les unités administratives infranationales. Les décideurs ont besoin de cibles pour guider les actions qui mèneront à des niveaux zéro de malnutrition, les administrateurs infranationaux en ont besoin à mesure que sont décentralisées les responsabilités en matière de mise en œuvre des programmes de nutrition, les entreprises en ont besoin pour cerner les opportunités, les donateurs extérieurs en ont besoin pour cibler leurs interventions, enfin, les acteurs de la société civile en ont besoin pour promouvoir la redevabilité au bénéfice des plus vulnérables. L'établissement de cibles à l'échelle infranationale n'est cependant pas aisé : ne serait-ce que sur le plan des capacités nécessaires à ce niveau de gouvernement pour suivre les avancées par rapport aux cibles, sans parler du courage politique dont les dirigeants infranationaux doivent faire preuve à mesure que leurs efforts gagnent en transparence.

ENCADRÉ 3.3 LES MISSIONS NUTRITIONNELLES EN INDE FONT PIÈTRE FIGURE EN MATIÈRE D'ÉTABLISSEMENT DE CIBLES

NEHA RAYKAR ET PURNIMA MENON

Quoique la baisse des taux de sous-alimentation en Inde se soit accélérée depuis 2006, ces évolutions rapides sont toujours bien en deçà des taux de progression nécessaires pour atteindre les cibles mondiales de nutrition adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé (AMS), dont l'Inde est signataire. D'ailleurs, l'Inde est à la traîne par rapport à de nombreux pays plus pauvres d'Afrique subsaharienne. En effet, si ses rythmes de diminution se maintiennent, l'Inde atteindra le taux actuel de retard de croissance du Ghana ou du Togo d'ici 2030, et celui de la Chine, d'ici 2055. En outre, la situation et les avancées nutritionnelles en Inde varient sensiblement d'un État à l'autre. L'Inde doit de toute urgence commencer à établir des cibles au niveau infranational pour atteindre les cibles mondiales de nutrition et les Objectifs de développement durable (ODD).

Afin d'examiner les défis relatifs à l'établissement de cibles de résultats nutritionnels à l'échelle des États, nous avons évalué si les États qui ont déclaré un engagement en faveur de la nutrition sous forme de mission nutritionnelle indépendante ont aussi inclus des cibles limitées dans le temps axées sur l'amélioration de la nutrition. Le Maharashtra a été le premier État indien à lancer sa mission, en 2005, sous la forme d'un organe consultatif et technique indépendant, relevant du ministère de la Femme et du Développement de l'enfant. Par la suite, cinq autres États ont lancé leurs missions respectives inspirées du modèle du Maharashtra : Madhya Pradesh, Uttar Pradesh, Odisha, Gujarat et Karnataka. Les missions nutritionnelles des six États concentrent leurs efforts sur la période des 1 000 jours suivant la conception et s'engagent à améliorer la coordination intersectorielle afin d'améliorer la nutrition de l'enfant.

État	La mission nutritionnelle de l'État comporte-t-elle des cibles de nutrition limitées dans le temps ?					
	Retard de croissance chez les moins de 5 ans	Émaciation chez les moins de 5 ans	Faible poids à la naissance	Surpoids chez les moins de 5 ans	Anémie chez les femmes en âge de procréer	Allaitement maternel exclusif
Uttar Pradesh	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui
Maharashtra[a]	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Odisha	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non
Karnataka	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Gujarat	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Madhya Pradesh	Non	Non	Non	Non	Non	Non

Source : Maharashtra, Health and Nutrition Mission (2016) ; Uttar Pradesh, State Nutrition Mission (2014) ; Odisha, Women and Child Development Department (2016) ; Karnataka Comprehensive Nutrition Mission (2016) ; Gujarat, Health and Family Welfare Department (2012) ; Madhya Pradesh, Women and Child Development Department (2016).

[a] Le Maharashtra suit certains de ces indicateurs dans son plan d'action, mais ceux-ci ne présentent aucune cible limitée dans le temps.

À suivre

Les missions nutritionnelles conduites par l'Inde sont des exemples d'engagements louables qui n'ont pas été, jusqu'à présent, fermement étayés par des cibles. Ces missions sont menées dans six États, réunissant une population de plus de 300 millions de personnes, qui ont choisi de s'engager publiquement à l'égard de l'amélioration de la nutrition. Pourtant, comme le montre l'Encadré 3.3, peu d'entre eux disposent de cibles chiffrées, limitées dans le temps, favorisant l'amélioration des indicateurs de l'état nutritionnel. L'une des raisons pour lesquelles les missions nutritionnelles indiennes ne couvrent pas toutes les cibles énumérées dans l'Encadré 3.3 est probablement que celles-ci sont généralement hébergées au sein du département d'État ou du ministère de la Femme et du Développement de l'enfant (Ministry of Women and Child Development – WCD), dont le programme vise surtout la nutrition complémentaire. Les questions qui relèvent d'autres ministères, comme celui de la Santé, ne sont pas articulées dans les plans ou les missions du WCD. Cette situation démontre le besoin de missions ou d'agences multisectorielles, transcendant les ministères, dotées de cibles mesurables et de points d'action vérifiables pour tous les secteurs.

CIBLES DES ENTREPRISES

Les pays ne sont pas les seules parties prenantes pour qui l'établissement de cibles peut favoriser l'attention et la redevabilité[5]. Comme l'a démontré le *Rapport sur la nutrition mondiale 2015*, les entreprises exercent une grande influence sur les résultats nutri-

Suite

ENCADRÉ 3.3 LES MISSIONS NUTRITIONNELLES EN INDE FONT PIÈTRE FIGURE EN MATIÈRE D'ÉTABLISSEMENT DE CIBLES

NEHA RAYKAR ET PURNIMA MENON

Certains enseignements émergent de l'analyse du processus d'établissement de cibles dans le contexte des missions nutritionnelles des États indiens :

1. Seuls deux des six États se sont dotés de cibles claires et mesurables pour de meilleurs résultats nutritionnels — la mission nutritionnelle de l'Uttar Pradesh et le Nutrition Operation Plan de l'État de l'Odisha. Le plan d'action de la Mission nutritionnelle Rajmata Jijau pour la santé de la mère et de l'enfant de l'État du Maharashtra prévoit le suivi de 10 indicateurs importants liés à la santé de la mère et de l'enfant, mais ne précise aucune cible spécifique ni aucune limite dans le temps pour ces indicateurs. Les États du Gujarat, du Madhya Pradesh et du Karnataka n'ont prévu aucune cible spécifique dans leurs énoncés de mission.

2. Toutes les cibles ne s'alignent pas sur les cibles mondiales de nutrition : l'Uttar Pradesh couvre quatre des six cibles — il exclue le faible poids à la naissance et la prévalence du surpoids, mais inclue la prévalence de l'insuffisance pondérale en tant qu'indicateur supplémentaire, qui ne constitue pas une cible mondiale. Le Nutrition Operation Plan de l'État de l'Odisha ne couvre que l'émaciation et l'insuffisance pondérale, à l'exclusion des autres cibles mondiales de l'anémie chez les femmes, l'allaitement maternel exclusif, le surpoids chez l'enfant et le faible poids à la naissance.

3. Dans les États qui se sont dotés de cibles, celles-ci s'appuient sur des données plus anciennes. Ainsi, le plan de la mission nutritionnelle de l'Uttar Pradesh pour 2014-2024 s'appuie sur les résultats de l'Enquête nationale sur la santé des familles 3 (NFHS-3), menée entre 2005 et 2006, et comprend des cibles limitées dans le temps pour le retard de croissance, l'émaciation, l'insuffisance pondérale, l'allaitement maternel exclusif et l'anémie chez les femmes en âge de procréer. Les avancées enregistrées sur l'ensemble des indicateurs cibles pourraient au contraire être mesurées sur la base des données de l'enquête Rapid Survey on Children 2014 récemment publiée, pour en tirer des valeurs de référence reflétant la situation la plus récente de la sous-alimentation dans cet État. De la même manière, le Nutrition Operation Plan d'Odisha, dont l'objet est d'accélérer la réduction de l'insuffisance pondérale dans 15 districts de l'État lourdement touchés, prévoit des cibles en matière d'émaciation, de retard de croissance et d'insuffisance pondérale s'appuyant sur les niveaux 2005-2006 de la NFHS-3.

Un appel urgent à l'action s'impose, exhortant l'ensemble de ces États à utiliser des données récentes et actualisées pour déclarer l'état nutritionnel actuel des populations et à établir de nouvelles cibles, à couvrir l'ensemble des indicateurs établis à l'échelle internationale et à veiller à la mise en place de mécanismes de collecte de données appropriés, capables de produire des données comparables sur ces cibles au fil du temps. L'établissement de cibles est le premier point à l'ordre du jour pour renforcer la redevabilité, le suivant étant la collecte de données sur les cibles ainsi fixées.

tionnels. Combien de grandes entreprises de produits alimentaires et de boissons établissent des cibles de nutrition ? L'Indice d'accès à la nutrition (Access to Nutrition Index – ATNI) évalue la mesure dans laquelle ces grandes entreprises prennent des engagements clairs ou disposent de politiques officielles sur des enjeux clés et si, dans certains domaines, elles établissent des cibles quantifiables.

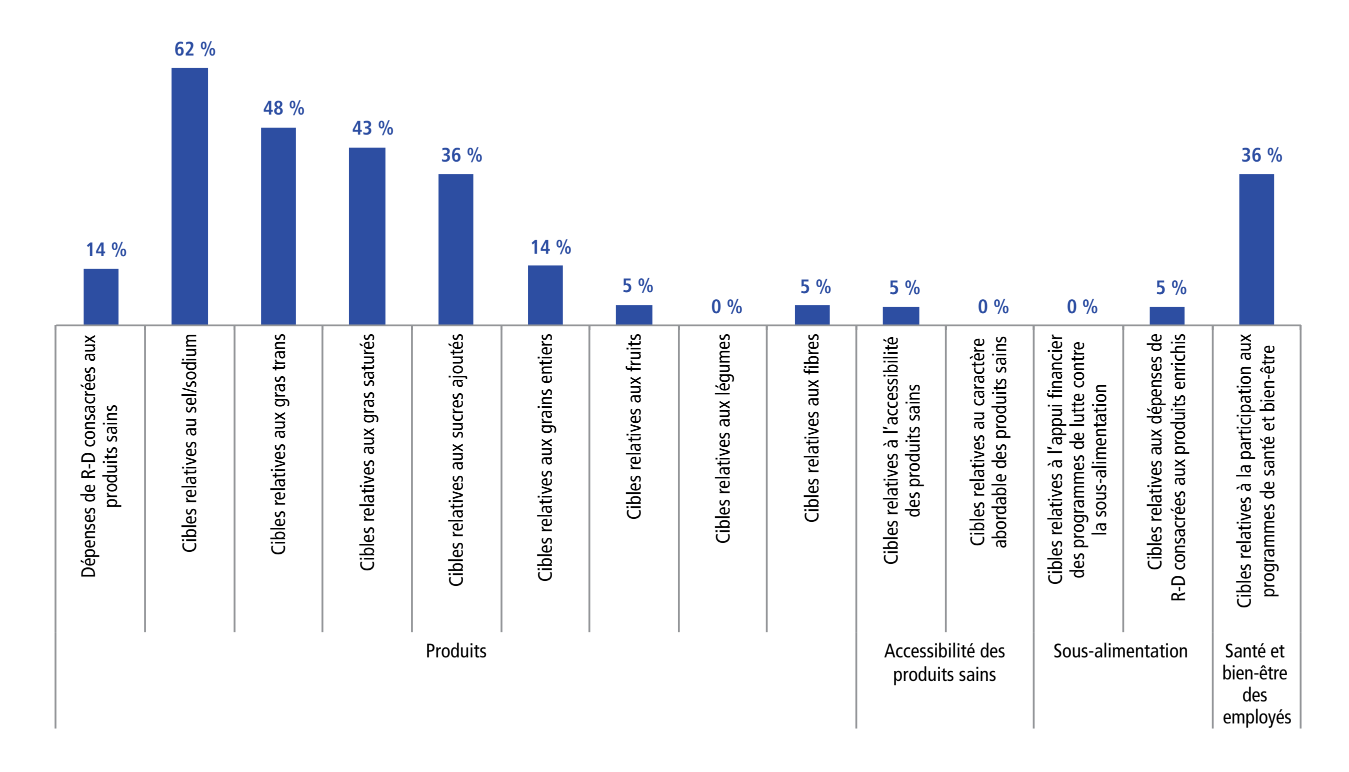
Dans l'ATNI mondial 2016, pas moins de 22 entreprises ont été notées en fonction de leur établissement de cibles dans 14 domaines qui se prêtaient à des objectifs plus quantitatifs. La Figure 3.3 révèle que les entreprises n'ont généralement ni fixé ni publié de cibles claires et mesurables.

En ce qui concerne la composition nutritionnelle de leurs produits, 62 % des entreprises (13 sur 21 pour lesquelles cet aspect est pertinent) ont établi des cibles de réduction du sel (ou sodium) dans leurs produits. Dix entreprises sur 21 — soit près de 50 % des entreprises concernées — ont établi une cible visant la réduction des gras trans. Enfin, bien que certaines aient fixé des cibles visant à réduire les gras saturés ou le sucre, pratiquement aucune n'en a fixé en vue d'augmenter les niveaux d'ingrédients plus sains, tels les grains entiers, fibres, fruits et légumes.

Dans d'autres domaines où l'ATNI évalue la présence de cibles établies par des entreprises — notamment le caractère accessible ou abordable de produits bons pour la santé, les dépenses en recherche et développement concernant les produits enrichis, ou un appui financier aux programmes de lutte contre la sous-alimentation —, les performances sont lamentables, avec une seule entreprise ayant établi une cible pour deux des quatre dimensions de performance. Même dans le domaine de la santé et du bien-être des employés, à peine huit entreprises (36 %) ont établi des cibles quant au niveau de participation à ces programmes qu'elles espèrent encourager.

La gestion des entreprises, et l'évaluation de leur valeur, reposent sur l'établissement de cibles clés et sur leurs performances par rapport à ces cibles en termes de croissance du chiffre d'affaires et des marges, de pénétration des marchés, de reconnaissance de la marque, entre autres paramètres multiples et variés. Autrement dit, les gestionnaires savent que tout ce qui se mesure se gère.

FIGURE 3.3 Part des entreprises dans l'Indice d'accès à la nutrition ayant établi des cibles claires dans divers domaines



Source : Analyse et données de Rachel Crossley, Fondation Access to Nutrition.

Note : Nombre d'entreprises = 22. R-D = recherche et développement.

APPELS À L'ACTION

1. **Établir davantage de cibles SMART.** D'ici la fin de 2017, tous les gouvernements devraient se fixer des cibles SMART nationales en matière de retard de croissance, émaciation, allaitement exclusif au sein, insuffisance pondérale à la naissance, anémie, surpoids chez l'enfant, obésité adulte, diabète et réduction de l'apport en sel. Ces cibles devraient être ambitieuses, tout en étant atteignables et alignées.
2. **Établir davantage de cibles infranationales.** Les plans nationaux pour la nutrition devraient formuler et incorporer des cibles d'intrants et de résultats nutritionnels pour les grandes régions administratives.
3. **Inciter les entreprises de produits alimentaires et de boissons à établir un plus grand nombre de cibles SMART et à en rendre compte afin d'améliorer la nutrition.** Les domaines clés sont le respect du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, une nette diminution des publicités et actions commerciales ciblant les enfants, et la réduction du sucre, du sel et des matières grasses dans toutes leurs gammes de produits. Les entreprises devraient également publier clairement ces cibles, ainsi que leurs performances par rapport à celles-ci. La prochaine évaluation de l'Indice d'accès à la nutrition (ATNI) devrait faire état d'avancées importantes dans ces domaines de la part des 22 plus grandes multinationales de produits alimentaires et de boissons évaluées.



4 NATURE ET AVANCÉES DES ENGAGEMENTS DE 2013 EN FAVEUR DE LA NUTRITION POUR LA CROISSANCE

LE 8 JUIN 2013, LES GOUVERNEMENTS DU ROYAUME-UNI ET DU BRÉSIL, DE CONCERT AVEC LA CHILDREN'S INVESTMENT FUND FOUNDATION (CIFF) ONT ORGANISÉ À LONDRES UN sommet intitulé : « Nutrition pour la croissance : Vaincre la faim grâce au commerce et à la science » (connu sous le nom de « N4G »). L'objectif de ce sommet était d'entériner une « déclaration fondatrice de la part des dirigeants visant à intensifier l'engagement politique, augmenter les ressources et mener de toute urgence des actions en faveur de la nutrition » (Royaume-Uni 2013a, 1).

À l'occasion de ce sommet, 90 parties prenantes — pays, agences internationales, bailleurs de fonds, entreprises et organisations de la société civile (OSC) — ont pris des engagements qui ont été publiés dans le document des engagements N4G (Royaume-Uni 2013b) (cf. Encadré 4.1). Quelque 20 parties prenantes supplémentaires ont pris des engagements après le sommet, portant ainsi à 204 le nombre total d'engagements pris par 110 parties prenantes.

Le *Rapport sur la nutrition mondiale* a été établi à l'occasion de ce sommet, en partie pour suivre l'avancement de ces engagements. Les *Rapports sur la nutrition mondiale* de 2014 et 2015 faisaient état des avancées enregistrées du point de vue de la mise en œuvre de ces engagements. Dans le présent rapport, nous évaluons l'état d'avancement des engagements pris entre 2015 et 2016 et comparons les progrès accomplis sur les trois années de déclaration, à partir des rapports fournis par les parties prenantes (les détails de la méthodologie sont présentés en Annexe 7 [en ligne]). D'autre part, à la lumière des sommets N4G à venir, ainsi que des récentes évolutions de la deuxième Conférence internationale sur la nutrition (CIN2) et des Objectifs de développement durable (ODD), nous procédons à une évaluation des engagements N4G pour l'action. Nous posons ainsi trois questions : Les engagements N4G de 2013 sont-ils SMART (spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes et limités dans le temps) ? Sont-ils alignés sur la malnutrition sous toutes ses formes ? Et enfin, quel est le niveau d'alignement des engagements des gouvernements par rapport aux recommandations pour l'action convenues multilatéralement lors de la Conférence CIN2 ?

AVANCÉES ENREGISTRÉES EN 2015 PAR RAPPORT À LA MISE EN ŒUVRE DES ENGAGEMENTS N4G DE 2013

TAUX DE RÉPONSE

Le taux de réponse des signataires quant à l'état d'avancement de leurs engagements était de 65 % en 2016, contre 92 % en 2014 et 83 % en 2015. Les bailleurs de fonds et les agences de l'ONU affichaient les taux de réponse les plus élevés (plus de 80 %), tandis que les entreprises affichaient les plus faibles (31 %), les pays (60 %), les groupes de la société civile (80 %) et les autres organisations (75 %) se plaçant entre ces deux extrêmes. Les taux ont chuté parmi tous les types de signataires, la chute de celui des entreprises étant particulièrement notable : de 83 % en 2014 à 72 % en 2015 et 30 % en 2016. Les bailleurs de fonds, à l'inverse, ont systématiquement produit un taux de réponse de 100 % sur les trois années quant à la communication de l'état d'avancement de leurs engagements financiers (mais un taux

PRINCIPAUX RÉSULTATS

Ce chapitre s'efforce d'établir si les engagements pris à l'occasion du Sommet de la Nutrition pour la croissance en 2013 sont en bonne voie, SMART (spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes et limités dans le temps), tiennent compte de la malnutrition sous toutes ses formes et sont alignés sur les recommandations intergouvernementales pour l'action depuis 2013.

- Les deux tiers des engagements en faveur de la nutrition pour la croissance (N4G) sont en bonne voie. Différents groupes progressent à des rythmes différents.

  Sur les engagements en matière de politiques et de programmes,

  - 9 bailleurs de fonds sur 12 sont en bonne voie,
  - 6 agences de l'ONU sur 7 sont en bonne voie,
  - 9 gouvernements nationaux sur 21 sont en bonne voie,
  - 7 organisations de la société civile sur 11 sont en bonne voie,
  - 7 entreprises sur 29 sont sur la voie de leurs engagements à l'égard de la main-d'œuvre

  Sur les engagements financiers des bailleurs de fonds,

  - les 10 bailleurs de fonds ont honoré à peu près 61 % des engagements N4G qu'ils ont pris pour un montant de près de 20 milliards de dollars EU,
  - si l'on exclut les États-Unis et la Banque mondiale de cette évaluation (parce que leurs engagements s'étendaient de 2013 à 2015), les 8 bailleurs de fonds restants ont honoré à peu près un tiers de leurs engagements N4G,
  - cette performance est encourageante, mais la Banque mondiale et les États-Unis devraient prendre de nouveaux engagements SMART, plus ambitieux pour 2016 et au-delà.

- Les parties prenantes étaient moins nombreuses cette année à déclarer leurs progrès par rapport à leurs engagements N4G — 65 % seulement —, la chute étant particulièrement marquée au niveau des retours des entreprises. La « lassitude relative aux rapports à fournir » ou les cycles irréguliers de soumission des rapports N4G pourraient expliquer ce phénomène.

- Les engagements N4G, dans leur majorité, ne sont pas SMART, ce qui les rend difficiles à suivre. En effet, seuls 29 % des engagements N4G de 2013 sont « SMART ».

- Les engagements N4G, dans leur majorité, ne précisent pas les types de malnutrition qu'ils s'efforcent de combattre. Lorsqu'ils les précisent, ils portent sur le retard de croissance, l'émaciation et l'allaitement maternel exclusif. Les engagements N4G ne luttent pas contre la malnutrition sous toutes ses formes : l'obésité, le surpoids et les maladies non transmissibles brillent par leur absence.

- Une évolution s'impose par rapport aux engagements N4G de 2013 existants vers un nouvel ensemble unifié d'engagements pour lutter contre la malnutrition sous toutes ses formes. La Décennie d'action sur la nutrition, le Sommet de la nutrition pour la croissance qui se tiendra au Brésil et l'établissement de cibles des ODD à l'échelle des pays sont autant d'occasions de faire en sorte que les engagements futurs soient SMART et luttent contre la malnutrition sous toutes ses formes.

ENCADRÉ 4.1 LES ENGAGEMENTS EN FAVEUR DE LA NUTRITION POUR LA CROISSANCE

PATRIZIA FRACASSI

À l'occasion du Sommet de la nutrition pour la croissance (N4G) de 2013, 110 parties prenantes ont pris quatre types d'engagements différents pour l'action :

- Les engagements d'impact portent sur des résultats concrets qui s'alignent sur, par exemple, les cibles de l'Assemblée mondiale de la Santé pour l'allaitement maternel exclusif ou le retard de croissance.
- Les engagements financiers portent sur les sources et les montants de financement à diriger vers les cibles de nutrition.
- Les engagements en matière de politiques créent un environnement plus propice aux actions en faveur de la nutrition ou mettent en œuvre des politiques spécifiques à l'amélioration de la nutrition.
- Les engagements en matière de programmes portent sur la mise en œuvre de stratégies concrètes visant l'atteinte des cibles de nutrition.

Sous la houlette des gouvernements du Royaume-Uni et du Brésil, et de concert avec la Children's Investment Fund Foundation (CIFF), les parties prenantes au Sommet N4G ont décidé de concentrer leurs efforts sur la sous-alimentation. Des engagements ont été pris pour atteindre trois objectifs principaux fondés sur les recommandations techniques élaborées par un groupement mixte d'experts originaires de différentes institutions nationales et internationales :

1. veiller à ce que des interventions nutritionnelles efficaces profitent à au moins 500 millions de femmes enceintes et d'enfants de moins de deux ans ;
2. réduire d'au moins 20 millions, d'ici 2020, le nombre d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance ;
3. sauver la vie d'au moins 1,7 million d'enfants de moins de 5 ans en prévenant le retard de croissance, en augmentant l'allaitement maternel exclusif et en intensifiant le traitement de la malnutrition aiguë sévère (Royaume-Uni 2013a).

Lors des préparatifs du Sommet N4G, les comités directeur et consultatif technique du N4G ont identifié un certain nombre de domaines hautement prioritaires pour des engagements réalisables. À partir de ces domaines hautement prioritaires, les **pays** ont choisi des engagements se rapportant à : 1) l'établissement de cibles de réduction de la sous-alimentation, 2) la déclaration de leur niveau d'aide à l'échelle nationale, 3) l'établissement de nouveaux accords pour améliorer la gouvernance et la législation, et 4) le renforcement du suivi des avancées et de la transparence des rapports. Plus particulièrement, l'accent mis sur les accords de gouvernance insistait sur l'importance d'une haute direction et d'une coordination interministérielle efficaces. Dans chacun des pays signataires, les correspondants gouvernementaux pour la nutrition, assistés des partenaires techniques, ont joué un rôle décisif sur le plan de la formulation d'engagements nationaux durant les préparatifs de l'événement devant se dérouler à Londres. Dans la plupart des cas, les engagements pris à Londres se voulaient le reflet des travaux réalisés à l'échelle des pays. Cela a permis à ces mêmes pays de produire des rapports sur les résultats de leurs engagements qui ont à leur tour alimenté le *Rapport sur la nutrition mondiale* les années suivantes.

Pour les **entreprises**, une première étape consistait à appuyer la productivité et la santé de leur personnel via l'introduction d'une politique nutritionnelle et l'amélioration de leurs politiques de santé maternelle, y compris l'appui aux mères allaitantes. Certaines entreprises se sont en outre engagées à améliorer la qualité nutritionnelle de leurs systèmes alimentaires afin que les mères et leurs enfants aient accès aux aliments nutritifs et abordables dont ils ont besoin.

Pour les **bailleurs de fonds**, l'accent portait sur la mobilisation et l'alignement des ressources internationales, la facilitation de la coordination des accords sous la baguette des pays, et la facilitation de l'apprentissage mutuel (notamment l'échange de connaissances Sud-Sud) et de l'assistance technique. À cet égard, le Réseau de donateurs du Mouvement pour le renforcement de la nutrition (SUN) a mis au point une méthodologie commune permettant de suivre les fonds contribués par les différents donateurs.

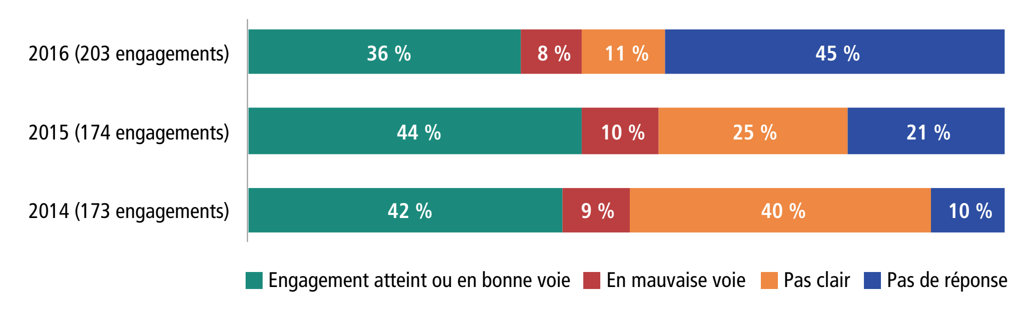
Les **organisations de la société civile** se sont engagées à mobiliser des ressources privées à l'appui de l'intensification des programmes de nutrition, en particulier dans les États fragiles, en plus de coordonner les actions pour des réponses harmonisées à l'égard de la sous-alimentation. Les campagnes de plaidoyer et de transparence de l'information ont été perçues comme autant de moyens susceptibles de permettre aux citoyens de demander des comptes à leurs gouvernements sur les engagements que ces derniers ont pris et d'impulser l'action et les progrès sur le plan de la nutrition.

L'**Organisation des Nations Unies et ses États membres** ont axé leurs efforts sur l'établissement conjoint de cibles claires et ambitieuses en faveur de la nutrition, assorties d'indicateurs correspondants dans les Objectifs de développement durable.

moins performant en 2016 quant à leurs engagements non financiers) (tous les détails sur les réponses des signataires sont fournis en Annexe 7, www.globalnutritionreport.org).

Il n'est pas facile d'établir clairement les raisons du faible taux de réponse en 2016 parmi l'ensemble des signataires, et ce, en dépit d'un processus constant de mobilisation pour encourager les réponses et de la présence d'une plateforme pour faciliter la soumission des rapports. Plusieurs raisons peuvent néanmoins être suggérées :

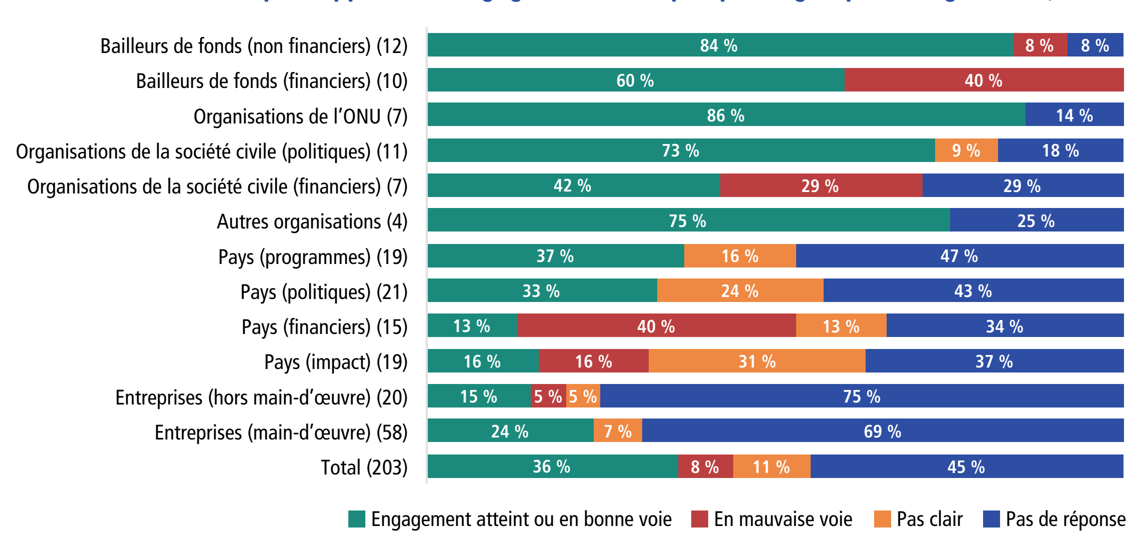
FIGURE 4.1 Avancées globales par rapport aux engagements N4G, 2014, 2015 et 2016



Source : Auteurs.

Note : En 2013, 204 engagements ont été pris, mais le *Rapport sur la nutrition mondiale 2014* n'en mentionne que 173, parce que les entreprises n'étaient pas prêtes, en 2014, à communiquer leurs avancées sur l'ensemble de leurs engagements. Les taux de réponse de la Figure 4.1 ne sont fournis que pour les engagements ayant fait l'objet d'un suivi tant en 2014 qu'en 2015. Le nombre d'engagements est de 174 en 2015 et de 173 en 2014, parce que l'Éthiopie a omis de séparer ses engagements N4G en composantes de programmes et de politiques dans sa déclaration de 2014 ; en revanche, elle l'a fait en 2015. Le nombre total pour 2016 comprend tous les engagements pris, à savoir 203 ; ce total diffère du total initial de 2013, parce que la Naandi Foundation a été retirée du processus de déclaration.

FIGURE 4.2 Avancées par rapport aux engagements N4G pris par le groupe des signataires, 2016



Source: Auteurs.

- Tout d'abord, la lassitude relative aux réponses à donner : trois années de production intense de rapports de données, à des échéances différentes, peut démotiver, si la logique du processus n'apparaît pas clairement.
- Le calendrier de rédaction du *Rapport sur la nutrition mondiale* varie chaque année en raison des publications qui doivent coïncider avec d'importants événements internationaux sur la nutrition, qui ne se déroulent pas toujours au même moment de l'année, et ainsi, influent sur le calendrier de soumission des rapports.
- L'échéancier de soumission pour le rapport de 2016 était particulièrement serré, avec à peine 7 mois entre les périodes de déclaration, en prévision, notamment, du Sommet N4G de Rio, en 2016.
- Les organisations à l'origine de ces rapports ont par ailleurs connu un certain renouvellement de leur personnel clé, qui s'est accompagné d'une perte de perspective historique sur les connaissances et les déclarations antérieures se rapportant au Sommet N4G.

Il doit bien entendu y avoir d'autres raisons. Des recherches plus poussées s'imposent pour comprendre l'origine du taux de réponse nettement inférieur des entreprises par rapport à celui des autres parties prenantes.

AVANCÉES GLOBALES

Dans l'évaluation de 2016, les parties prenantes étaient moins nombreuses (36 %) qu'en 2014 et 2015 à déclarer avoir atteint ou être sur la voie d'atteindre leurs engagements, en partie en raison du faible taux de réponse (Figure 4.1[1]). En outre, quelque 19 % des engagements étaient soit en mauvaise voie ou jugés peu clairs en raison du manque d'éléments factuels pour permettre l'évaluation.

ENCADRÉ 4.2 EXEMPLES D'ENGAGEMENTS PRIS LORS DU SOMMET N4G DE 2013, SUR LA VOIE ET ATTEINTS

SWETHA MANOHAR ET SARA GLASS

Voici quelques exemples d'engagements — pris par diverses parties prenantes lors du Sommet de la Nutrition pour la croissance (N4G) de Londres en 2013 — qui ont été atteints ou sont sur le point de l'être. Bien que cet encadré ne cherche pas à établir si ces engagements étaient ambitieux ou concluants sur le plan de l'amélioration de l'état nutritionnel, il révèle néanmoins ce qu'étaient ces engagements et la façon dont ils ont été atteints.

Agences de l'ONU

- Le Fonds international de développement agricole (FIDA) s'est engagé à orienter approximativement 20 % de l'ensemble des nouveaux projets qu'il finançait vers l'atteinte de résultats en matière de nutrition. En 2016, le FIDA a ainsi déclaré l'affectation de 21 % de son financement à des projets contribuant à la nutrition.

- L'UNICEF a pris un certain nombre d'engagements, dont un à l'appui de la mise en œuvre d'enquêtes par grappes à indicateurs multiples (EGIM) dans à peu près 50 pays, au cours des trois prochaines années. L'UNICEF a déclaré avoir mis en œuvre des EGIM dans plus de 50 pays, dont plus de 58 enquêtes lancées, en cours, ou planifiées depuis 2013 (plus de détails dans l'Encadré 4.3).

Gouvernements

- Le gouvernement du Bangladesh s'est engagé à réduire de 41 % (en 2011) à 38 % (en 2016) le retard de croissance, de 16 % (en 2011) à 12 % (en 2016) l'émaciation, à mobiliser un appui financier intérieur et international aux efforts déployés à l'échelle nationale pour améliorer la nutrition et à refondre ses politiques et programmes de protection sociale de sorte que ceux-ci portent explicitement sur des interventions spécifiques à la nutrition et y contribuant. Le pays a atteint ses engagements politiques en adoptant la National Nutrition Policy 2015 et la National Micronutrient Deficiency Control Strategy. Il est par ailleurs sur le point d'adopter une composante de promotion de la nutrition de sa Comprehensive Social and Behaviour Change Communication Strategy et la révision des règles relevant de sa *Breast Milk Substitutes Act* de 2013. En outre, le septième plan quinquennal, la politique nationale pour la nutrition, la politique alimentaire nationale, entre autres politiques et stratégies sectorielles afférentes, se sont attelés à la sous-alimentation en y incorporant des approches intersectorielles spécifiques à la nutrition et y contribuant. Le Bangladesh est bien parti pour atteindre ses autres engagements.

- Le gouvernement du Burkina Faso a atteint son engagement politique promettant d'inclure les organisations de la société civile et les parlementaires en tant que parties prenantes clés dans le milieu de la nutrition. La société civile de ce pays a en effet été invitée à rejoindre sa plateforme multisectorielle, tandis que les journalistes contribuaient aux activités de sensibilisation à la nutrition et à la visibilité accrue de cette question de société en organisant des caravanes de communication au sujet de l'allaitement maternel exclusif dans certaines régions du pays.

Bailleurs de fonds

- L'Allemagne a engagé 105 millions de dollars et attribué 102 millions de dollars à des interventions spécifiques à la nutrition et y contribuant, ce qui a mis le pays sur la bonne voie d'atteindre son engagement à verser un total de 200 millions d'euros (260 millions de dollars) en fonds supplémentaires spécifiques à la nutrition et y contribuant, entre 2013 et 2020.

- La Banque mondiale a engagé 600 millions de dollars à l'appui de programmes pour la nutrition de la mère et de l'enfant dans les pays en développement — multipliant ainsi par trois ses dépenses de 2011-2012. L'institution a atteint son engagement du 1er juillet 2013 au 30 juin 2015, durant lequel elle a décaissé 1 627 millions de dollars en nouveaux engagements spécifiques à la nutrition et y contribuant.

- La Fondation Bill et Melinda Gates a décaissé 90,9 millions de dollars en 2014, qui l'ont placée sur la voie d'atteindre son investissement global promis de 862,7 millions de dollars en programmes spécifiques à la nutrition et y contribuant d'ici 2020.

Entreprises

- En 2015, Cargill a parachevé le financement de 150 000 $ qu'elle s'était engagée à verser en faveur du Programme Haïti de l'Université Notre Dame, lequel a établi une usine d'iodation du sel qui produit 3 000 tonnes de sel par an (cf. Encadré 4.3).

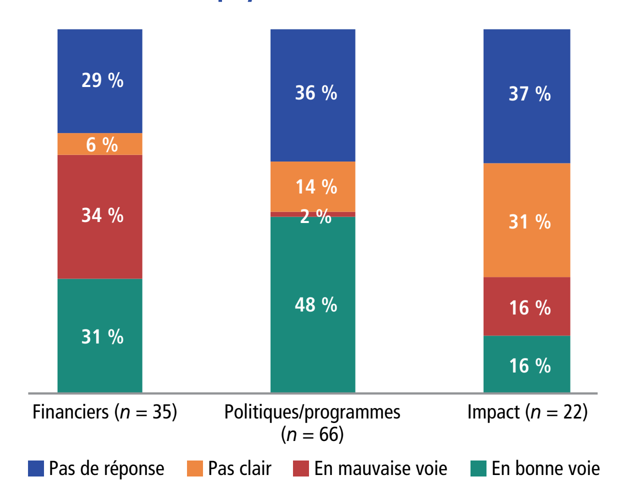
- Royal DSM s'est engagée à appuyer l'amélioration de la nutrition de 50 millions de bénéficiaires par an d'ici 2020. À travers son partenariat plus large avec le Programme alimentaire mondial, DSM a profité à quelque 25,1 millions de bénéficiaires en 2014.

Société civile

- Concern Worldwide a engagé 25 300 000 $ et investi 31 709 300 $ en actions spécifiques à la nutrition.

- Helen Keller International s'est engagée à construire une base de données probantes pour des interventions contribuant à la nutrition, à appuyer les efforts d'enrichissement alimentaire à grande échelle au Burkina Faso, à mobiliser un financement privé à l'appui d'initiatives pour la nutrition, et à jouer un rôle de chef de file dans le domaine des initiatives de nutrition à l'échelle internationale. L'organisation est bien partie pour atteindre ces engagements (cf. Encadré 5.5, chapitre 5).

FIGURE 4.3 Avancées par type d'engagement, regroupant les bailleurs de fonds, organisations de la société civile et pays



Source : Auteurs.

Sur les réponses reçues, toutefois, plus des deux tiers des engagements ont été jugés en bonne voie (36 % sur 55 %), ce qui représente une proportion plus élevée qu'en 2014 et 2015 (Figure 4.1).

L'Encadré 4.2 fournit des exemples d'engagements en bonne voie, pris par les différentes parties prenantes, et des actions qu'elles ont menées. De plus amples détails sont fournis sur deux de ces engagements dans les encadrés 4.3 et 5.5.

Les bailleurs de fonds, OSC, agences de l'ONU et « autres » organisations ont enregistré des avancées cette année sur le plan de leurs engagements en matière de politiques et de programmes. Ainsi, entre 42 % et 86 % d'entre eux étaient sur la voie ou avaient atteint leurs engagements (Figure 4.2). Contrairement à 2015, une proportion plus importante de groupes d'OSC a été jugée en meilleure voie d'atteindre ses engagements en matière de politiques (73 %) que ses engagements financiers (42 %). Comme en 2015, une part plus importante de gouvernements s'est vue jugée en meilleure voie d'atteindre ses engagements en matière de politiques et de programmes que ses engagements financiers et d'impact.

Les signataires qui avaient pris des engagements N4G financiers, notamment les bailleurs de fonds, les pays et les OSC, ont en effet pris un total de 35 engagements financiers (Figure 4.3). De ce nombre, 34 % ont été jugés en bonne voie d'être atteints, et 31 % en mauvaise voie. Nous n'avons pas reçu de réponse pour 29 % des engagements financiers.

La plus large part d'engagements jugés en bonne voie est celle des engagements en matière de politiques et de programmes (48 %), suivie des engagements financiers (31 %) et des engagements d'impact (16 %). Seuls les pays ont pris des engagements d'impact, qui affichaient en outre le plus faible taux de réponse (63 %) des trois types d'engagements. Ces engagements étaient par ailleurs jugés le plus souvent comme peu clairs (31 %). Les engagements financiers figuraient parmi les plus nombreux à être jugés en mauvaise voie (31 %).

TABLEAU 4.1 Engagements financiers des bailleurs de fonds lors du Sommet N4G et rapports soumis sur ces engagements

Bailleurs de fonds	Engagement N4G	Avancées sur les engagements communiquées dans les *Rapports sur la nutrition mondiale 2014-2016*
Allemagne	Financement de 260 millions de dollars supplémentaires, 2013-2020	160 millions de dollars décaissés sur la période 2013-2014. Probablement 96 millions de dollars (160 millions de dollars – 2 × 32 millions de dollars [le niveau de 2012]) concernent les fonds supplémentaires.
Australie	40 millions AUD supplémentaires (environ 37 millions USD[a]) sur la période 2013-2017	108 millions de dollars décaissés sur la période 2013-2014, mais le montant supplémentaire n'apparaît pas clairement. Probablement l'intégralité du montant déclaré.
Banque mondiale	600 millions de dollars, 2013-2014	1 627 millions de dollars déclarés comme devant couvrir la période 2013-2014
Children's Investment Fund Foundation	793 millions de dollars, 2013-2020	65 millions de dollars décaissés sur la période 2013-2014
États-Unis	10 015 millions de dollars, 2012-2014	7 488 millions de dollars décaissés sur la période 2012-2014
Fondation Bill et Melinda Gates	863 millions de dollars, 2013-2020	218 millions de dollars décaissés sur la période 2013-2014
Irlande	338 millions de dollars, 2013-2020	134 millions de dollars décaissés sur la période 2013-2014
Pays-Bas	390 millions de dollars, 2013-2020	85 millions de dollars décaissés sur la période 2013-2014
Royaume-Uni	1 922 millions de dollars, 2013-2020	1 707 millions de dollars décaissés sur la période 2013-2014
Union européenne	4 565 millions de dollars, 2014-2020	615 millions de dollars décaissés en 2014
Total	19 863 millions de dollars	12 143 millions de dollars (ou 61 % de l'engagement)

Source : Auteurs ; pour les engagements N4G, cf. Royaume-Uni (2013b).

Note : AUD = dollars australiens ; tous les autres montants en dollars sont en dollars américains (ou USD). cf. Tableau 7.1 pour une synthèse complète des déclarations des bailleurs de fonds.

[a] Converti en dollars américains en utilisant le taux de change de 2013, sur le site : www.irs.gov/Individuals/International-Taxpayers/Yearly-Average-Currency-Exchange-Rates.

Observons de plus près les engagements financiers pris par les bailleurs de fonds

Alors que les engagements financiers étaient ceux qui avaient le moins de chance d'être en bonne voie, les bailleurs de fonds s'en sont bien sortis. Ils étaient 10 bailleurs de fonds au total à avoir pris des engagements financiers à l'occasion du Sommet N4G de 2013. Six de ces engagements étaient soit en bonne voie ou avaient été atteints au moment de l'évaluation de 2016 (cf. Tableau annexe A7.3 [en ligne]). Au nombre des 40 % restants jugés en mauvaise voie, tous affichaient des avancées marquées sur le front des décaissements contribuant à la nutrition et spécifiques à la nutrition depuis 2013 (cf. chapitre 7, Tableau 7.1, pour de plus amples détails).

Cependant, pris dans leur ensemble, comment les bailleurs de fonds s'en sortent-ils par rapport à leurs engagements N4G ? Le Tableau 4.1 nous rappelle les engagements financiers pris au Sommet N4G et synthétise les rapports qui nous ont été fournis par chacun des donateurs relativement à leur période d'engagement.

Il apparaît, à partir du Tableau 4.1, que les bailleurs de fonds sont plutôt bien partis pour honorer leur promesse de dons de 19,86 milliards de dollars : ils ont en effet atteint 61 % de cet engagement. Toutefois, cette performance honorable est influencée par les décaissements substantiels effectués par la Banque mondiale et les États-Unis, deux bailleurs de fonds de premier plan qui ont pris des engagements sur deux à trois ans, contrairement aux autres donateurs qui se sont engagés sur sept à huit ans. Si l'on exclut la Banque mondiale et les États-Unis de l'évaluation, les huit autres bailleurs de fonds ont atteint à peu près 33 % du total de leurs engagements financiers pris au N4G — soit une avancée qui, au terme de deux années sur huit, les place en avance sur le calendrier.

Compte tenu du fait que leurs périodes d'engagement respectives sont aujourd'hui échues, nous nous attendons à ce que la Banque mondiale et les États-Unis prennent des engagements SMART et ambitieux pour 2016 et au-delà.

Détails des avancées enregistrées par le groupe des signataires

- **Gouvernements nationaux :** Pour les engagements visant à réduire les taux de sous-alimentation (impact), 3 gouvernements sur 19 sont en bonne voie ou ont déjà atteint leurs engagements, selon les progrès qu'ils ont signalés par rapport à ces objectifs (Tableau annexe A7.2). Deux des 15 gouvernements sont en bonne voie d'atteindre leurs engagements financiers, et 9 sur 21 sont en bonne voie ou ont atteint leurs engagements en matière de politiques et de programmes.
- **Bailleurs de fonds :** Sur les 10 engagements financiers pris par les bailleurs de fonds à l'occasion du Sommet N4G de 2013, 5 sont en bonne voie et 1 a été atteint (cf. Tableau annexe A7.3). Sur les 12 bailleurs de fonds qui ont pris des engagements en matière de politiques et de programmes, 9 ont été jugés en bonne voie pour ces engagements, et 1 a atteint ses objectifs (cf. Tableau annexe A7.4).
- **Organisations de la société civile :** Sur les 7 OSC qui ont pris des engagements financiers à l'occasion du Sommet N4G, 4 sont en bonne voie, 1 n'a pas répondu, 1 était dans l'impossibilité de répondre, et 1 est en mauvaise voie. Sur les 11 OSC qui ont pris des engagements en matière de politiques/programmes, 2 ont atteint leurs objectifs, 6 sont en bonne voie, 1 a été jugée peu claire, et 2 n'ont pas répondu (cf. Tableau annexe A7.5). Comme indiqué en 2014 et 2015, bon nombre des engagements N4G mettent l'accent sur des interventions contribuant à la nutrition et sur les liens entre la nutrition, WASH (eau, assainissement et hygiène), l'agriculture et la santé. L'Encadré 5.5 du chapitre 5 fournit un exemple d'engagement concluant de la part des OSC.

Nous nous attendons à ce que la Banque mondiale et les États-Unis prennent des engagements SMART et ambitieux pour 2016 et au-delà.

- **Entreprises :** Sur les 29 entreprises qui ont pris des engagements à l'égard de la main-d'œuvre à l'occasion du Sommet N4G (à savoir, produire une politique nutritionnelle à l'intention de leur personnel et améliorer leurs politiques en matière de santé maternelle), 20 n'ont pas répondu, 7 sont en bonne voie, et 2 ont été jugées peu claires (cf. Tableaux annexes A7.7a et A7.7b). Sur les 9 entreprises qui ont répondu, 7 sont bien parties (avancées continues ou accélérées) et 2 sont mal parties (avancées généralement lentes ou se ralentissant). Sur les 20 entreprises qui ont pris des engagements N4G hors main-d'œuvre, 5 ont répondu : 3 sont en bonne voie, 1 est en mauvaise voie, et 1 n'est pas claire. L'Encadré 4.3 présente un exemple d'engagement pris par une entreprise.
- **Agences de l'ONU :** De façon comparable à leurs performances dans le *Rapport sur la nutrition mondiale 2015*, les agences de l'ONU ont déclaré que leurs avancées se poursuivent relativement à leurs engagements N4G en matière de politiques et de programmes. Ainsi, 6 des 7 agences de l'ONU ont été jugées en bonne voie (cf. Tableau annexe A7.9). L'Encadré 4.3 présente un exemple d'engagement pris par une agence de l'ONU.
- **Autres organisations :** Les autres organisations sont CABI (Centre for Agriculture and Biosciences International, qui fournit, entre autres services, une base de données sur les sciences alimentaires et nutritionnelles), CGIAR (un partenariat mondial de recherche agricole), GAIN (Global Alliance for Improved Nutrition, une organisation internationale qui œuvre contre

la malnutrition) et Grands Défis Canada (une organisation qui appuie l'innovation intégrée sur le plan de la santé dans le monde). Parmi les organisations qui ont répondu, toutes étaient en bonne voie (cf. Tableau annexe A7.10)

DANS QUELLE MESURE LES ENGAGEMENTS N4G DE 2013 SONT-ILS SMART, EXHAUSTIFS ET ALIGNÉS ?

Dans cette section, nous abordons trois questions : Les engagements N4G de 2013 sont-ils SMART ? Couvrent-ils toutes les formes de malnutrition ? Et enfin, dans quelle mesure sont-ils alignés sur les recommandations pour l'action convenues de façon multilatérale lors de la CIN2 ?

CARACTÈRE SMART DES ENGAGEMENTS N4G POUR L'ACTION

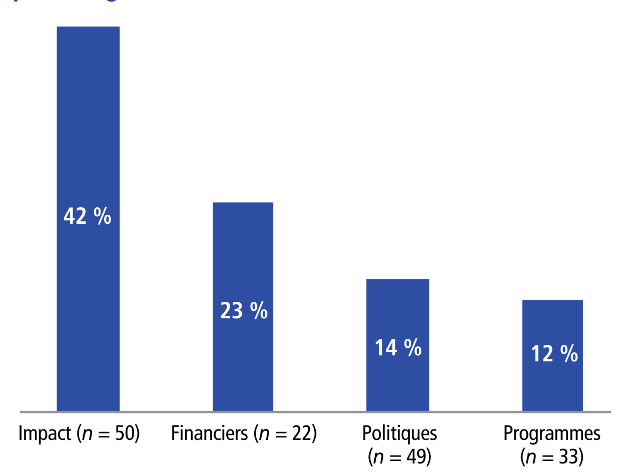
Dans le *Rapport sur la nutrition mondiale 2015*, nous avons évalué le caractère « SMART » des engagements N4G originaux de 2013. Les paramètres SMART nous sont utiles pour établir l'état de nos avancées dans un programme ou un effort donné et pour apporter des changements significatifs, voire utiles tout au long du processus afin d'améliorer nos chances de succès. Nous procédons, dans cette section, à une analyse plus complète. Pour ce faire, nous avons tout d'abord défini en quoi consistent les engagements SMART dans le contexte de la nutrition. Dans le cadre de ce processus, nous avons produit une note d'orientation, intitulée : « Prendre des engagements SMART en faveur de la nutrition : Une note d'orientation ». Ce document, reproduit en Annexe 5, a pour objet de guider la préparation des futurs engagements afin de garantir leur caractère SMART. Il définit en outre les critères permettant d'établir si les engagements existants sont véritablement SMART.

Au moyen de cette note d'orientation, nous évaluons les engagements N4G de 2013, en nous efforçant d'établir s'ils sont spécifiques, mesurables et limités dans le temps, en fonction des critères suivants :

- Un engagement est jugé « spécifique » lorsqu'il contient une action et mentionne qui est responsable de son déroulement. Tout engagement contenant une action, mais omettant d'identifier qui en est responsable a été jugé « non spécifique ».
- Un engagement est jugé « mesurable » lorsqu'il contient des énoncés quantifiables ou semi-quantifiables, susceptibles d'être évalués. Lorsqu'il s'agit d'un engagement fondé sur une cible, il convient de fournir les chiffres de référence. Tout engagement ne contenant ni énoncé ni action mesurable a été jugé « non mesurable ».
- Un engagement est jugé « limité dans le temps » lorsqu'un calendrier ou un échéancier clair a été fourni dans l'énoncé de l'engagement. Tout engagement ne contenant aucune notion d'échéance a été jugé « non limité dans le temps ».

Bien que les aspects « A » (atteignable) et « R » (réaliste) du caractère SMART des engagements soient essentiels du point de vue de l'adhésion des pays et aux fins de suivi, ils n'ont pas été utilisés dans l'évaluation du fait que leur inclusion aurait impliqué une analyse approfondie des capacités d'un pays ou d'une organisation et de la situation nutritionnelle à laquelle il s'adresse.

FIGURE 4.4 Part du total des engagements N4G nationaux de 2013 obéissant aux principes SMART, par catégorie



Source : Auteurs.

Malheureusement, et comme cela a été signalé dans le *Rapport sur la nutrition mondiale 2015*, l'évaluation a révélé que seuls 29 % des engagements N4G originaux répondaient à ces critères.

Sur les 154 engagements N4G pris en 2013 par les 25 gouvernements, 37 (24 %) étaient SMART. Une fois ces promesses réparties par type d'engagement national (Figure 4.4), la part la plus importante de celles obéissant aux principes SMART concernait les engagements d'impact (21 sur 50, ou 42 %), suivis par 5 des 22 engagements financiers (23 %). Une part plus modeste des engagements en matière de politiques et de programmes était SMART, respectivement 7 sur 49 (14 %) et 4 sur 33 (12 %) jugés SMART. Il est intéressant de signaler que l'analyse ci-dessus montre que les types d'engagements les plus SMART — d'impact et financier — avaient le moins tendance à être en bonne voie, tandis que les engagements en matière de politiques et de programmes, plus vagues, tendaient à être jugés en bonne voie.

Comme l'illustre la Figure 3.6 du *Rapport sur la nutrition mondiale 2015*, les taux établissant le respect des principes SMART par les autres parties prenantes étaient les suivants : 58 % pour les entreprises (engagements hors main-d'œuvre), 30 % pour les autres organisations, 26 % pour les bailleurs de fonds (engagements non financiers), 23 % pour les agences de l'ONU, et 10 % pour les OSC (engagements non financiers).

Quelques exemples d'engagements N4G SMART sont présentés dans l'Encadré 4.3. Bien qu'il ne nous ait pas été possible d'établir si ces engagements s'étaient révélés efficaces pour réduire la malnutrition, sur le papier, ils correspondaient aux aspects SMART recherchés.

ENCADRÉ 4.3 LES ENGAGEMENTS SMART SONT PLUS FACILES À SUIVRE : EXEMPLES DE CARGILL ET DE L'UNICEF

KATHERINE ROSETTIE, WERNER SCHULTINK ET TARYN BARCLAY

Cargill a pris plusieurs engagements SMART — c'est-à-dire, spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes et limités dans le temps — lors du Sommet N4G de 2013. Dans le cadre de son initiative Nourishing the Future, l'un de ses engagements consistait à explorer de nouvelles possibilités d'œuvrer avec l'Integrated Program for Vulnerable Children in Central America (EDUCAN) de l'organisation non gouvernementale CARE, au Guatemala. L'idée était d'offrir à quelque 6 000 ménages et 14 000 enfants supplémentaires une éducation sur la nutrition dans trois grandes municipalités, sur une période de trois ans. Cet engagement comporte tous les éléments SMART : il est spécifique (identifie une action spécifique et qui est responsable de cette action — les équipes de CARE et de Cargill au Guatemala), mesurable (le nombre de ménages bénéficiaires peut être comptabilisé), atteignable (Cargill et CARE ont enregistré des avancées depuis 2009 en matière de mobilisation des enfants et des parents autour de l'éducation sur la nutrition), réaliste (le Guatemala accuse une forte prévalence de la malnutrition chronique), et limité dans le temps (il fixe une période de trois ans à compter de 2013).

Cargill a pris un deuxième engagement SMART consistant à allouer 150 000 $ à la promotion de l'enrichissement durable du sel à travers son partenariat avec le Programme Haïti de l'Université Notre Dame (NDHP), sur une période de trois ans. Cet engagement financier englobe les cinq éléments SMART : il est spécifique (identifie une action spécifique et qui est responsable), mesurable (il est possible de suivre le montant des fonds alloués au programme NDHP), atteignable (Cargill collabore avec le programme NDHP et le soutient depuis le début du siècle), réaliste (la carence en iode et la filariose lymphatique affectent des millions d'Haïtiens), et limité dans le temps (limité sur une période de trois ans).

Du fait que ces engagements sont SMART, il nous est possible d'évaluer clairement s'ils ont été mis en œuvre et ont atteint leurs objectifs. En 2016, Cargill a déclaré avoir atteint sa cible de 14 000 bénéficiaires avec son programme d'éducation sur la nutrition dans les trois grandes municipalités situées près de ses opérations, au Guatemala. En outre, 70 % des 345 enfants sélectionnés dans les trois municipalités ciblées sont considérés comme ayant acquis une connaissance suffisante de la sécurité alimentaire et nutritionnelle. Il a également honoré son engagement de financement à l'égard du programme NDHP en 2015. Le programme NDHP a établi à ce jour une usine d'enrichissement du sel qui produit 3 000 tonnes de sel par an, tandis que, pour sa part, Cargill a expédié approximativement 1 500 tonnes de sel, au prix du marché, à partir de son usine de sel marin de Bonaire, au programme d'Haïti.

L'UNICEF a également pris plusieurs engagements SMART à l'occasion du Sommet N4G de 2013, visant à lutter contre la malnutrition dans le monde. L'un de ces engagements consistait à œuvrer avec les partenaires gouvernementaux pour inclure des services de nutrition essentiels dans toutes les trousses d'intervention sanitaire lors des Journées de la santé de l'enfant (JSE), sur une période de cinq ans. Cet engagement est spécifique (identifie une action spécifique et indique qui est responsable de sa mise en œuvre), mesurable (le pourcentage de JSE ayant profité de cette action peut être comptabilisé, à 100 %), atteignable (l'UNICEF a déjà œuvré avec nombre de pays à l'amélioration de la prestation des services de nutrition), réaliste (les Journées de santé de l'enfant touchent les populations les plus vulnérables, pour lesquelles la malnutrition est une constante dominante), et limité dans le temps (fixé sur une période de cinq ans).

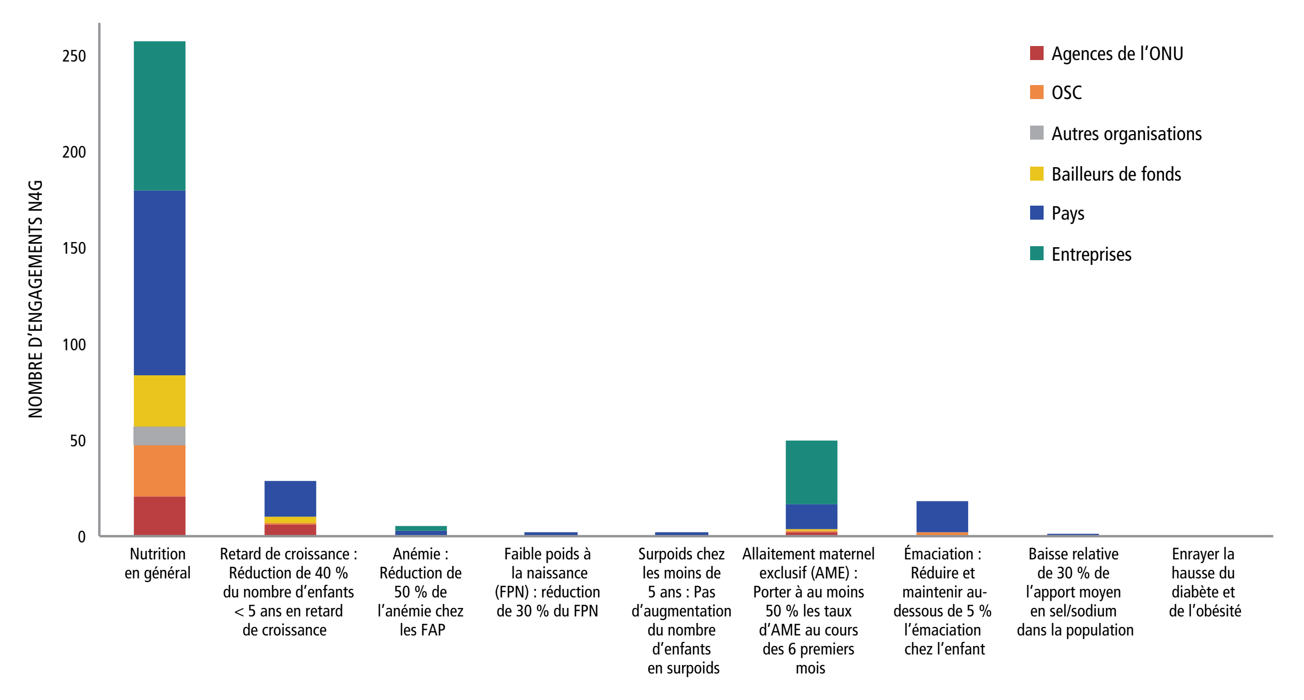
Du fait que cet engagement est SMART, il était plus facile d'identifier les progrès importants accomplis par l'UNICEF sur le plan de l'intégration des services nutritionnels dans les JSE. Grâce à l'appui du gouvernement du Canada, l'UNICEF a œuvré dans 13 pays africains pour aider les gouvernements à améliorer l'efficacité des Journées de la santé de l'enfant semi-annuelles. Plus particulièrement, l'UNICEF est parvenue à inclure la supplémentation en vitamine A, des messages incitant à changer de comportement nutritionnel, le dépistage de la malnutrition aiguë et l'orientation vers les services compétents, ainsi que le suivi de la croissance et la promotion des JSE en Afrique subsaharienne.

Un autre engagement SMART pris par l'UNICEF consistait à appuyer la mise en œuvre d'enquêtes par grappes à indicateurs multiples (EGIM) dans approximativement 50 pays, sur trois ans. Cet engagement est SMART, parce qu'il est spécifique (approximativement 50 pays), mesurable (le nombre de pays couverts par une EGIM peut être comptabilisé), atteignable (l'UNICEF est parvenue à mettre en œuvre ces EGIM dans de nombreux pays ; l'organisation en est à sa cinquième campagne), réaliste (ces EGIM constitueront une source de données mondiales substantielle dans l'ère de l'après-2015), et limité dans le temps (limité à trois ans). Depuis 2012, l'UNICEF a appuyé un total de 48 pays pour l'organisation de 59 EGIM, dont 50 ont publié des rapports et 9 sont sur le point d'achever leurs enquêtes.

ALIGNEMENT DES ENGAGEMENTS N4G SUR LES CIBLES MONDIALES DE NUTRITION

Le Sommet N4G de 2013 se penchait sur la sous-alimentation, et en particulier sur le retard de croissance, plutôt que sur la malnutrition sous toutes ses formes. Parce que ce Sommet N4G s'est déroulé avant la Conférence CIN2, les ODD et l'adoption des cibles mondiales de l'OMS pour les maladies non transmissibles (MNT) — qui toutes insistaient sur la vaste palette d'incidences de la malnutrition qu'il importe d'inverser —, il serait surprenant de découvrir que les engagements N4G sont effectivement alignés sur ces initiatives. Quoi qu'il en soit, l'évaluation de la mesure dans laquelle les

FIGURE 4.5 Nombre d'engagements N4G faisant référence à des formes spécifiques de malnutrition



Source : Auteurs.

Note : OSC = organisations de la société civile ; FAP = femmes en âge de procréer ; FPN = faible poids à la naissance ; AME = allaitement maternel exclusif

TABLEAU 4.2 Quatre exemples d'engagements SMART, ayant pour double fonction la lutte contre la sous-alimentation et l'obésité/les maladies non transmissibles liées à la nutrition

Recommandation du Cadre d'action de la CIN2 (sous forme abrégée)	Exemple d'un engagement SMART à double fonction	En quoi cette action est-elle à double fonction ?
2 : Élaborer — ou réviser, le cas échéant — et chiffrer les plans nationaux pour la nutrition.	Le ministère de la Santé, aidé pour ce faire des ministères de l'Agriculture, de l'Éducation, du Commerce et de la Protection sociale, et en consultation avec la société civile, élabore (ou révise) et chiffre un plan national pour la nutrition, d'ici décembre 2017.	Les plans nationaux pour la nutrition devraient couvrir la malnutrition sous toutes ses formes.
16 : Établir des normes fondées sur les aliments ou les éléments nutritifs visant à donner accès à des régimes sains et à l'eau potable dans des structures publiques.	Les ministères de l'Éducation et de la Santé élaborent des normes nutritionnelles pour les écoles publiques adhérant aux recommandations de l'OMS, d'ici juin 2017, et veillent à leur mise en œuvre dans les écoles d'ici décembre 2018.	Les normes nutritionnelles pour les écoles devraient mettre en avant un régime alimentaire de grande qualité pour les enfants exposés à un risque de sous-alimentation, de surpoids/obésité et de MNT liées à la nutrition.
29 : Adapter et appliquer le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et les résolutions connexes adoptées ultérieurement par l'Assemblée mondiale de la santé.	Le corps législatif incorpore dans le droit national le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et les orientations de l'OMS sur les pratiques commerciales irrégulières relatives aux aliments pour nourrissons et enfants, d'ici décembre 2017.	L'allaitement maternel joue un rôle de prévention vis-à-vis des diverses formes de sous-alimentation et de surpoids/obésité.
38 : Fournir des conseils en matière d'alimentation aux femmes enceintes pour favoriser une prise de poids saine et une nutrition adéquate.	Le ministère de la Santé établit que les conseils alimentaires aux futures mamans (et futurs papas) fassent partie intégrante des services consultatifs assurés durant les rendez-vous obstétriques dans les maternités, d'ici juin 2017.	Les conseils alimentaires devraient renvoyer aux risques de malnutrition sous toutes ses formes chez l'enfant, et être adaptés, le cas échéant, aux formes de malnutrition auxquelles les femmes sont couramment confrontées.

Source: WCRF International et NCD Alliance (2016).

Note: Ces exemples sont alignés sur le Cadre d'action de la deuxième Conférence internationale sur la nutrition. CIN2 = deuxième Conférence internationale sur la nutrition ; MNT = maladie non transmissible ; OMS = Organisation mondiale de la Santé.

engagements N4G de 2013 sont alignés sur la palette complète des cibles mondiales de nutrition pour la mère, le nourrisson et le jeune enfant et pour les MNT liées à la nutrition (cf. Encadré 2.1, chapitre 2) ne peut pas faire de mal. Chacun des 204 engagements pris par les signataires du Pacte mondial N4G a par conséquent été évalué par rapport à son alignement sur ces huit cibles ; il a par ailleurs été vérifié si l'une ou l'autre de ces huit cibles nutritionnelles était mentionnée dans les engagements des signataires.

La Figure 4.5 montre que la vaste majorité des engagements ne précisaient pas quelle forme de malnutrition ils s'efforçaient de combattre. Toutefois, comme l'on pouvait s'y attendre, parmi ceux qui le précisaient, la plupart se préoccupaient de l'allaitement maternel exclusif, suivi par le retard de croissance, et enfin, l'émaciation. Le nombre d'engagements qui se penchaient spécifiquement sur l'anémie, le faible poids à la naissance, le surpoids, l'obésité et le diabète, ainsi que la réduction du sel restait négligeable. Il est intéressant de préciser néanmoins que deux pays, la Tanzanie et le Sri Lanka, ont pris des engagements pour lutter contre l'obésité, bien que celle-ci n'ait pas fait spécifiquement l'objet du Sommet.

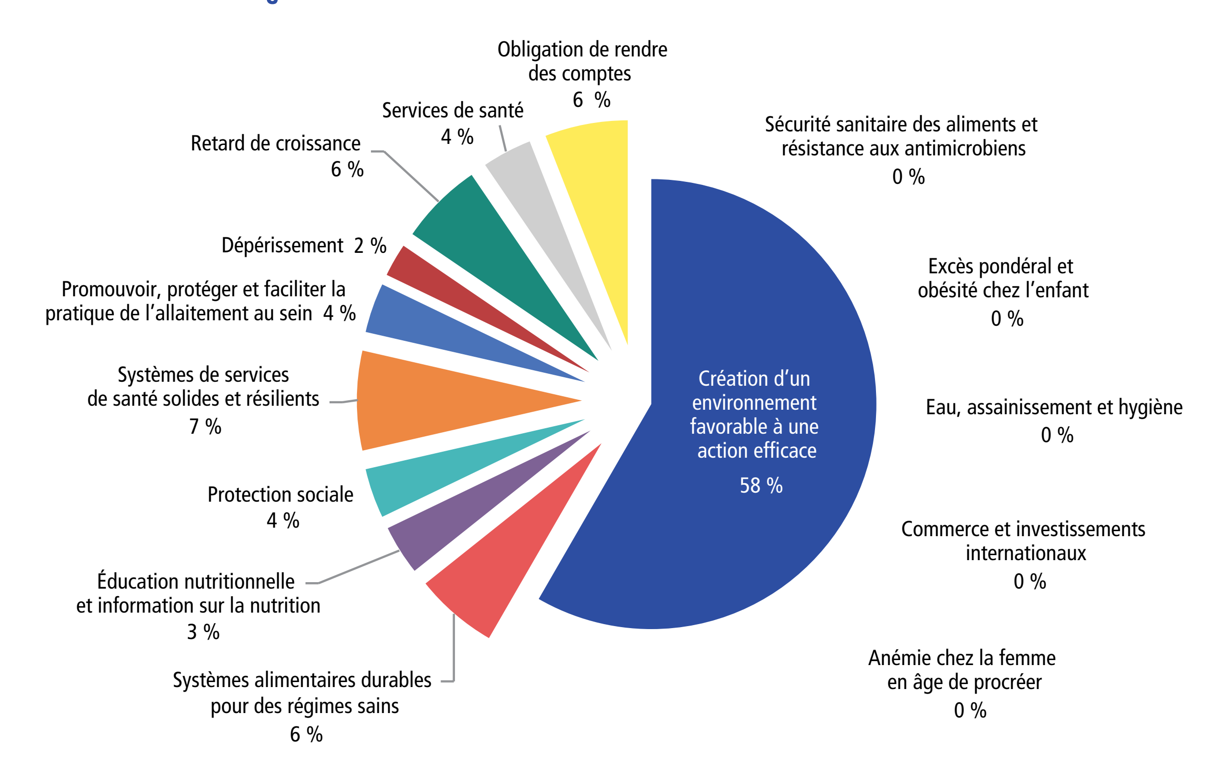
Il est tout à fait envisageable que les engagements à l'égard de la nutrition s'attèlent à plusieurs formes de malnutrition simultanément. Dans le *Rapport sur la nutrition mondiale 2015*, nous avons identifié le potentiel d'actions à « double fonction » susceptibles de bienfaits simultanés du point de vue de la sous-alimentation, d'une part, et de l'obésité et des MNT liées à la nutrition, d'autre part. En mai 2016, le Fonds mondial de recherche contre le cancer (World Cancer Research Fund International – WCRF International) et la NCD Alliance ont formulé des exemples d'actions SMART à double fonction que les gouvernements pourraient mener contre la dénutrition et l'obésité/les MNT liées à la nutrition, et qui sont alignées sur le Cadre d'action de la CIN2 (WCRF International et NCD Alliance 2016). Des exemples d'actions SMART à double fonction sont présentés dans le Tableau 4.2.

CONCORDANCE DES ENGAGEMENTS N4G AVEC LES RECOMMANDATIONS DE LA CIN2

Cette section s'intéresse aux domaines du Cadre d'action 2014 de la CIN2 couverts par les engagements N4G. Ce Cadre d'action comporte quelque 60 recommandations, divisées en 15 catégories d'action.

Afin d'identifier les domaines de concordance et d'alignement, nous avons passé en revue les 75 engagements N4G en matière de

FIGURE 4.6 Répartition des engagements N4G des gouvernements en matière de politiques et de programmes entrant dans les catégories du Cadre d'action de la CIN2



Source : Auteurs

Note : Les chiffres établissent la répartition de 84 engagements N4G parmi les 15 catégories d'action composant le Cadre d'action de la deuxième Conférence internationale sur la nutrition (CIN2). Ce Cadre d'action ne comporte aucune recommandation couvrant l'enrichissement et la supplémentation visant à réduire des carences en micronutriments, mais trois pays participant au Sommet N4G ont néanmoins pris des engagements en matière de politiques et de programmes dans ce domaine.

politiques et de programmes pris par les gouvernements, et évalué les catégories d'action (sur un total de 15) et les recommandations (sur un total de 60) qu'ils reflétaient. Nous avons ainsi obtenu un total de 87 engagements, mais n'avons parlé que de 84, étant donné que 3 n'entraient dans aucune catégorie du Cadre d'action, sachant qu'aucune de ces catégories ne prenait en compte l'enrichissement et la supplémentation en micronutriments en dehors de l'anémie. Lorsqu'un engagement N4G comportait plusieurs actions, nous l'avons mentionné plusieurs fois, ce qui nous donne un total de 84 engagements N4G.

La Figure 4.6 illustre leur distribution numérique. Compte tenu de l'accent du Sommet N4G sur l'établissement de nouveaux accords pour améliorer la gouvernance (cf. Encadré 4.1), on pouvait logiquement s'attendre à ce que la plupart des engagements soient alignés sur la première des 15 catégories figurant dans le Cadre d'action — à savoir la catégorie sur la création d'un environnement favorable à une action efficace en faveur de la nutrition. Cela s'est avéré être effectivement le cas : 56 % des engagements N4G étaient ainsi alignés.

Les deux tiers de ces engagements à l'égard d'un environnement favorable répondaient à 2 des 60 recommandations du Cadre d'action :

- Recommandation 2 : Élaborer — ou réviser, le cas échéant — et chiffrer des plans nationaux pour la nutrition, harmoniser les politiques des différents ministères et organismes lorsque ces politiques ont des incidences sur la nutrition et renforcer les cadres juridiques et les capacités stratégiques dans le domaine de la nutrition.
- Recommandation 3 : Aux fins de l'amélioration de la sécurité alimentaire et de la nutrition, renforcer ou établir, selon le cas, dans l'ensemble de l'administration des mécanismes nationaux intersectoriels réunissant plusieurs parties prenantes, pour superviser la mise en œuvre des politiques, des stratégies et des programmes et autres investissements relatifs à la nutrition. Il peut être nécessaire de mettre en place des plateformes de ce type à différents niveaux et il convient de les assortir de solides mécanismes de prévention des fraudes et des conflits d'intérêts.

Les autres engagements N4G étaient dispersés parmi les 14 catégories d'action restantes, cependant qu'aucun ne se rapportait à l'anémie, au surpoids chez l'enfant, aux initiatives WASH, ou au commerce et aux investissements internationaux.

APPELS À L'ACTION

1. **Rendre *tous* les engagements SMART.** Que les gouvernements, agences, parlements, organisations de la société civile (OSC), bailleurs de fonds et entreprises prennent des engagements à l'égard de la nutrition qui soient spécifiques, mesurables, atteignables et limités dans le temps. Notre guide SMART est là pour les y aider.
2. **Prendre des engagements qui luttent contre la malnutrition sous toutes ses formes.** Que les États membres et agences de l'ONU, parlements, OSC, bailleurs de fonds et entreprises veillent à ce que les futurs engagements à l'égard de la nutrition luttent contre toutes les formes (et combinaisons) de malnutrition en fonction de leurs contextes nutritionnels respectifs — retard de croissance, émaciation, carences en micronutriments, obésité, surpoids et maladies non transmissibles liées à la nutrition.
3. **Profiter de toutes les occasions pour prendre des engagements SMART.** Que les États membres et agences de l'ONU, parlements, OSC et bailleurs de fonds utilisent la Décennie d'action, les Objectifs de développement durable (ODD) et le processus de la Nutrition pour la croissance (N4G) comme autant d'occasions de relever les niveaux d'ambition des engagements SMART pour la nutrition.
4. **S'accorder sur un mécanisme de déclaration mondial robuste et indépendant pour la nutrition sous toutes ses formes.** Que d'ici la fin de 2017, tous les acteurs de la nutrition s'engagent dans un processus, dans le cadre de la Décennie d'action, pour s'accorder sur un mécanisme inclusif et indépendant de suivi des avancées sur le plan des résultats, des actions et des intrants relatifs à toutes les formes de nutrition relevant des ODD.
5. **Produire des rapports sur les engagements.** Que les États membres et agences de l'ONU, OSC, bailleurs de fonds et entreprises assument leur redevabilité en produisant des rapports annuels quant à leurs progrès sur le plan de la nutrition. Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2017* devrait être en mesure d'atteindre un taux de réponse supérieur à 90 %.



5 PASSER À L'ACTION : AVANCÉES ET DÉFIS LIÉS À LA MISE EN ŒUVRE DE POLITIQUES ET DE PROGRAMMES EN MATIÈRE DE NUTRITION

POUR ÊTRE EFFICACES, LES ENGAGEMENTS À L'ACTION DOIVENT ÊTRE MIS EN ŒUVRE ET APPLIQUÉS. LA MISE EN ŒUVRE DE POLITIQUES ET D'INTERVENTIONS DÉPEND DE la conversion des engagements politiques en autant d'actions pratiques. Alors, où en sont les gouvernements et les autres parties prenantes par rapport à la mise en œuvre de politiques et d'interventions reflétant leur engagement ?

Dans ce chapitre, nous suivons la mise en oeuvre de quatre séries d'actions différentes. Nous nous intéressons tout d'abord aux avancées sur le front de la création d'un environnement propice à l'action en faveur de la nutrition au moyen de structures de gouvernance intersectorielle — soit un domaine visé par un nombre relativement élevé d'engagements en matière de politiques et de programmes pris par les gouvernements lors du Sommet de la nutrition pour la croissance (N4G) en 2013 (cf. chapitre 4). Bien qu'il ne s'agisse pas de politiques en tant que telles, ces structures de gouvernance visent à impulser l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et de programmes. Nous examinons ensuite les politiques en faveur de l'allaitement maternel — une pratique susceptible de lutter contre différentes formes de malnutrition : l'émaciation, le retard de croissance et l'obésité, avant de poursuivre avec les politiques favorisant les régimes alimentaires sains et de nous intéresser, pour finir, à la couverture des interventions directes en faveur de la nutrition.

AVANCÉES PAR RAPPORT À L'ÉLABORATION DE MÉCANISMES DE GOUVERNANCE INTERSECTORIELLE DE LA NUTRITION

La nécessité d'une gouvernance intersectorielle en faveur de la nutrition est désormais largement admise. La Recommandation 3 figurant dans le Cadre d'action de la deuxième Conférence internationale sur la nutrition (CIN2) encourage les pays à établir des mécanismes nationaux pangouvernementaux, intersectoriels et réunissant plusieurs parties prenantes pour encadrer la mise en œuvre de

politiques publiques. Le chapitre 4 a démontré que les mécanismes intersectoriels sont, de loin, les formes les plus courantes d'engagements en matière de politiques et de programmes pris à l'occasion du Sommet N4G en 2013. Ces mécanismes se sont révélés essentiels aux efforts déployés par le Brésil pour s'atteler à la sécurité alimentaire et nutritionnelle (chapitre 1, Encadré 1.5). L'élément fondamental de l'expérience du Brésil était l'établissement d'un ensemble de mécanismes entre les ministères, de même qu'entre le gouvernement, la société civile et les mouvements sociaux réunis sous l'égide du Système national pour la sécurité alimentaire et nutritionnelle (SISAN). L'existence du SISAN, et le fait qu'il était opérationnel et disposait d'un appui de haut niveau a permis la coordination, la mise en œuvre et le suivi efficaces des politiques publiques.

PRINCIPAUX RÉSULTATS

Ce chapitre explore les défis persistants et les avancées limitées enregistrées par rapport à la mise en œuvre des politiques et programmes recommandés en faveur de la nutrition.

- Même lorsqu'un engagement a été pris, sa mise en œuvre reste un défi. En dépit des mandats d'agir, des codes directeurs et des preuves d'impact, la mise en œuvre réelle des actions en faveur de la nutrition demeure extrêmement variable d'un pays et d'une intervention à l'autre. Peu de données factuelles et d'analyses permettent d'établir où, comment et pourquoi de tels écarts persistent dans la mise en œuvre.

- L'expérience tirée de mécanismes intersectoriels et interministériels existants pour la mise en œuvre de politiques en matière de nutrition révèle que ceux-ci sont plus susceptibles de réussir s'ils sont accompagnés d'un engagement de haut niveau, de moyens humains et financiers appropriés et de la participation sociale.

- Bien que l'allaitement maternel soit largement reconnu comme étant l'une des meilleures façons d'améliorer la nutrition, il importe de renforcer considérablement la mise en œuvre des politiques et programmes de base en faveur de l'allaitement :

  - Seuls 36 % des pays mettent en œuvre l'ensemble ou nombre des dispositions du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, qui vise à encourager l'allaitement maternel exclusif et l'utilisation appropriée d'aliments complémentaires. Ce chiffre a en fait diminué depuis la dernière évaluation.
  - Près d'un cinquième de l'ensemble des pays ne dispose d'aucune donnée à propos des politiques sur la protection de la maternité (notamment les politiques du milieu de travail qui appuient la poursuite de l'allaitement maternel et la garde d'enfant), suggérant ainsi l'existence d'un énorme vide juridique. Près de 70 % des pays disposant de données ne sont dotés d'aucune politique concernant l'offre d'aménagements pour l'allaitement ou la garde d'enfant en milieu de travail.
  - La toute première analyse de l'initiative Hôpitaux amis des bébés, qui fait la promotion de l'allaitement maternel dans les hôpitaux, révèle que, depuis 1991, moins de 28 % des maternités dans 160 pays ont obtenu l'appellation « Amies des bébés ». Un grand nombre d'entre elles n'ont jamais été certifiées ni recertifiées ces dernières années, reflétant une baisse du soutien accordé à l'initiative.

- Les pays ont enregistré des avancées limitées et contrastées par rapport à la mise en œuvre de politiques visant la promotion de régimes alimentaires sains, qui sont essentiels à la lutte contre les MNT. En ce qui concerne la mise en œuvre des trois recommandations principales de l'Organisation mondiale de la Santé (à savoir la commercialisation d'aliments ciblant les enfants, la réduction du sel, et la réduction des gras trans et saturés),

  - les deux tiers des pays n'affichent aucune avancée dans la mise en œuvre des trois recommandations ;
  - seuls 10 % des pays ont enregistré quelques progrès quant à la mise en œuvre des trois recommandations, et un nombre disproportionné de ceux-ci sont des pays à revenu élevé ou intermédiaire ;
  - un tiers des pays a mis en œuvre des politiques sur la réduction du sel — soit les politiques les plus largement mises en œuvre à ce jour.

- L'intensification des interventions spécifiques à la nutrition a été lente et inégale : la mise en œuvre de programmes d'enrichissement et de supplémentation — comme la supplémentation en vitamine A et en zinc — a été plus active que les approches axées sur la promotion de la santé, notamment la promotion de l'allaitement maternel exclusif et de la diversité alimentaire. L'universalisation des systèmes de soins de santé primaires offre l'occasion d'intensifier davantage ces interventions.

ENCADRÉ 5.1 ENSEIGNEMENTS TIRÉS DES MÉCANISMES DE GOUVERNANCE INTERSECTORIELLE EN FAVEUR DE LA NUTRITION : COMMISSIONS NATIONALES DE LUTTE CONTRE LES MNT DANS LES CARAÏBES

MAISHA HUTTON ET SIR TREVOR HASSELL

En 2007, les chefs des gouvernements de la région de la Communauté des Caraïbes (CARICOM) ont tenu un sommet phare, et le premier en son genre, sur les maladies non transmissibles (MNT) à Port of Spain, Trinité-et-Tobago[1]. Dans le cadre de la déclaration de Port of Spain qui en a découlé, les chefs des gouvernements ont appelé les pays à établir des commissions de lutte contre les MNT comme autant de mécanismes visant la prévention et la maîtrise multisectorielles des MNT à l'échelle nationale — une recommandation tout d'abord énoncée dans le Plan stratégique de prévention et de maîtrise des maladies non transmissibles pour la région des Caraïbes 2003-2007. En raison des multiples causes et facteurs de risque associés aux MNT, ces commissions sont conçues comme les moteurs d'une réponse mobilisant l'ensemble du gouvernement (intrasectorielle) et de la société (intersectorielle).

Fin 2014, 12 pays sur 20 au sein de la CARICOM avaient formé des commissions de lutte contre les MNT ou des organes analogues. Sept d'entre elles ont été lancées en 2011 ou plus tard, probablement en réponse à la Réunion de haut niveau de l'ONU sur les MNT tenue cette année-là. La Healthy Caribbean Coalition (HCC), une organisation non gouvernementale, surveille et évalue le fonctionnement des commissions. En 2014, un examen de cinq des commissions a révélé que quatre d'entre elles comprenaient des représentants des ministères de l'Éducation et de l'Agriculture (gouvernement), ainsi que d'organisations confessionnelles, d'organisations de la société civile axées sur la santé, et de syndicats (société civile). Trois d'entre elles comptaient des représentants du secteur privé de la santé, du secteur manufacturier et des médias (secteur privé).

Depuis le sommet de Port of Spain sur les MNT, les commissions nationales de lutte contre ces maladies ont remporté plusieurs succès dans la mise en œuvre de programmes et de politiques visant à lutter contre les MNT. En 2015, la HCC a entrepris un examen exhaustif de l'ensemble des commissions nationales de lutte contre les MNT de la CARICOM et a constaté, par exemple, que la commission de la Barbade avait mené des campagnes nationales d'amélioration de la nutrition et de réduction de l'apport en sel dans l'ensemble de sa population. Well Bermuda, l'équivalent d'une commission nationale contre les MNT, a réussi à inciter de multiples secteurs à utiliser des stratégies de promotion de la santé grâce à la signature de plusieurs protocoles d'entente entre le ministère de la Santé et les agences responsables, ainsi qu'à la mise en œuvre de 15 plans d'action sur 18. La HCC déclare avoir l'impression générale que les commissions nationales sur les MNT ont contribué tant à sensibiliser les pays à ces maladies qu'à susciter une réponse multisectorielle contre celles-ci.

Toutefois, les commissions nationales sur la lutte contre les MNT ont également été confrontées à des défis importants lors du passage d'une structure de gouvernance à la mise en œuvre d'actions. En mars 2016, neuf d'entre elles seulement étaient toujours actives. Une enquête auprès de cinq commissions en 2014 a révélé que la plupart de leurs présidents n'étaient pas suffisamment axés sur l'action et étaient incapables de garantir la mise en œuvre de leurs recommandations. Le manque de moyens humains et financiers a entravé leurs programmes. Le manque de compréhension des divers rôles et fonctions des parties prenantes a constitué un obstacle à la mise en œuvre de l'approche devant mobiliser l'ensemble des secteurs et de la société. De plus, quoique ces commissions visent à servir de plateformes pour la formulation d'une véritable réponse à l'échelle de la société sur le plan de la lutte contre l'épidémie de MNT, la mise sur pied d'un groupe de travail interministériel ou d'un mécanisme équivalent au sein duquel tous les secteurs du gouvernement sont vraiment engagés s'impose désormais, afin de créer un environnement propice à la santé dans toutes les politiques au titre d'une réponse pangouvernementale. Ce mécanisme n'a toujours pas été mis en place de façon significative, à l'exception de quelques territoires. La définition des relations entre les commissions nationales de lutte contre les MNT et les ministères de la Santé a été complexe et parfois laborieuse, soulevant souvent des questions sur les rôles et les responsabilités et soulignant le manque d'autonomie et d'influence accordé à ces organes pour effectuer la mise en œuvre. Le suivi, l'évaluation et le partage d'informations parmi les secteurs et en leur sein ont soulevé certaines difficultés et, par conséquent, peu de données factuelles indiquent que les connaissances et les politiques se traduisent par des changements de comportement.

En réponse à ces difficultés, la HCC a formulé des recommandations visant à renforcer les commissions nationales de lutte contre les MNT dans les Caraïbes, notamment assurer un financement stable, renforcer les secteurs gouvernementaux autres que la santé, accroître la participation du secteur privé et de la société civile, et mettre sur pied un mécanisme officiel permettant une interaction régulière entre le ministre de la Santé et les membres de la commission de lutte contre les MNT. La HCC travaille à l'élaboration d'un cadre pour la mise sur pied de commissions nationales de lutte contre les MNT visant à appuyer l'établissement ou le renforcement de commissions nationales existantes dans la région.

Le Mouvement pour le renforcement de la nutrition (SUN) a fait valoir haut et fort les mécanismes de gouvernance multisectorielle comme autant d'espaces propices à l'élaboration de politiques et de plans. Il incite les multiples secteurs et parties prenantes à œuvrer ensemble autour d'une approche véritablement cohérente, associant un engagement politique de haut niveau, des lois et politiques efficaces, des actions alignées de toutes les parties de la société, et de meilleurs moyens pour vaincre la malnutrition. Les données factuelles semblent suggérer que les pays membres du Mouvement SUN progressent sur la voie de l'élaboration de

mécanismes intersectoriels. En septembre 2015, 48 pays sur les 56 que compte le Mouvement SUN ont déclaré disposer d'un mécanisme intersectoriel réunissant plusieurs parties prenantes, quoiqu'à divers degrés de fonctionnalité (Mouvement SUN 2015). À titre d'exemple, parmi les pays signataires du N4G, la République démocratique du Congo a établi, en décembre 2015, son Comité national multisectoriel sur la nutrition, et la Zambie a mis en place des structures de coordination infranationale à l'échelle des provinces, des districts et des quartiers/communautés dans les 14 districts prioritaires. La majorité des pays œuvrent à l'amélioration de leur collaboration avec les organisations de la société civile (OSC) et le milieu scientifique, ainsi qu'à encourager la participation du secteur privé. Maintenant que ces mécanismes sont établis dans de nombreux pays, le défi actuel consiste à faire en sorte qu'ils fonctionnent de façon efficace. Une auto-évaluation réalisée en 2015 par les pays membres du Mouvement SUN a révélé que l'utilisation des mécanismes pour aligner les actions et les ressources n'était rien d'aisé.

La gouvernance intersectorielle est également recommandée pour faciliter l'action multisectorielle requise pour lutter contre l'obésité et les maladies non transmissibles (MNT). À l'échelle internationale, le Mécanisme mondial de coordination de l'OMS sur les MNT est devenu opérationnel en 2014, avec pour objectif, faciliter la coordination des activités, la mobilisation des multiples parties prenantes, et l'action entre les différents secteurs à l'échelle locale, nationale, régionale et mondiale. Diverses initiatives indépendantes ont également été établies, visant à promouvoir la coordination intersectorielle, interdisciplinaire pour impulser l'action contre l'obésité et les MNT, la plus récente étant celle de la Commission sur l'obésité du Lancet, qui s'est réunie pour la première fois en février 2016.

À l'échelle nationale, la réunion de l'ONU consacrée à l'examen des MNT en 2014 a produit une déclaration claire à l'appui de mécanismes visant à diriger, exécuter et favoriser l'approche multisectorielle. Sa recommandation portait plus précisément sur le fait que les pays doivent « envisager de créer, en fonction du contexte national, un mécanisme multisectoriel, tel qu'une commission, un organisme ou une équipe spéciale de haut niveau, qui assurerait la participation, la cohérence de l'action et la responsabilité des différentes sphères décisionnelles » (Nations Unies 2014a, 6).

Les Caraïbes sont un exemple d'établissement de commissions de lutte contre les MNT pris particulièrement au sérieux, 12 pays de la région ayant en effet créé des commissions. Celles-ci ont donné lieu à quelques résultats positifs, mais ont aussi été confrontées à de nombreux défis, comme le décrit l'Encadré 5.1. À l'instar des pays membres du Mouvement SUN, ces commissions ont montré que la mise en place d'un mécanisme ne saurait suffire à elle seule : une commission doit être dotée de moyens humains et financiers adaptés et disposer d'un réel poids politique pour jouer de façon efficace son rôle de transformation des engagements en actions concrètes.

POLITIQUES PUBLIQUES VISANT À PROTÉGER ET À PROMOUVOIR L'ALLAITEMENT MATERNEL

L'allaitement maternel est largement reconnu comme étant la meilleure option pour l'alimentation des nourrissons, l'OMS recommandant en l'occurrence l'allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de six mois et la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à deux ans ou plus avec l'ajout d'aliments complémentaires appropriés, sûrs et adaptés du point de vue nutritionnel (OMS 2003). Le respect de cette recommandation sauve des vies, et ses effets bénéfiques touchent les populations de tous les pays, quel que soit leur niveau de développement. L'allaitement maternel s'est révélé efficace contre la mortalité et la morbidité infantiles — en particulier contre les infections gastro-intestinales —, pour accroître l'intelligence et probablement réduire l'incidence des MNT, notamment le surpoids et le diabète plus tard dans la vie. Il est en outre lié à la réduction du risque de cancer du sein chez la mère (Victora et al. 2016).

De nombreuses politiques publiques peuvent appuyer l'allaitement maternel, des mesures de protection législatives aux programmes apportant soutien et conseils aux femmes. Dans cette section, nous explorons les efforts déployés pour la mise en œuvre de trois actions visant à améliorer les taux d'allaitement maternel, pour lesquelles nous disposons de données de la part de la majorité des pays : la mise en œuvre nationale du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, la protection de la maternité et les hôpitaux amis des bébés.

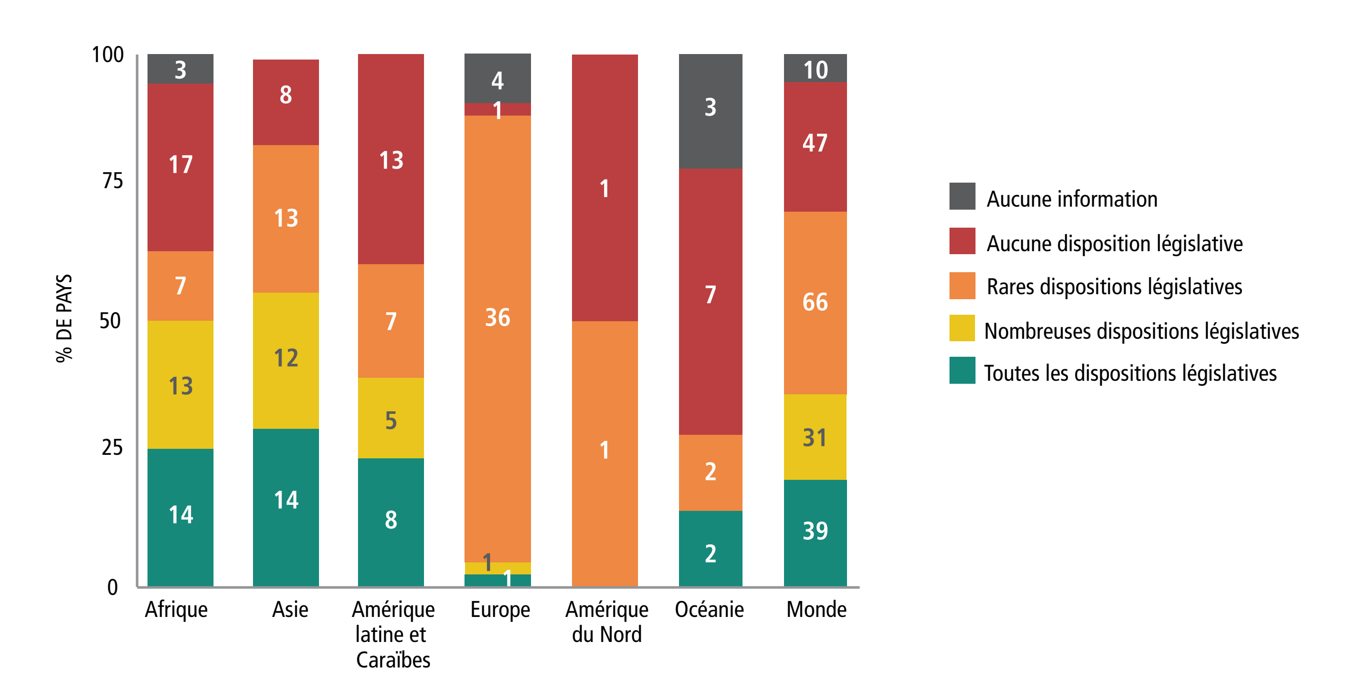
MISE EN ŒUVRE NATIONALE DU CODE INTERNATIONAL DE COMMERCIALISATION DES SUBSTITUTS DU LAIT MATERNEL

En 1981, l'Assemblée mondiale de la Santé (AMS) entérinait le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et, par la suite, adoptait 16 résolutions connexes en faveur de la protection de l'allaitement maternel (OMS 1981). L'AMS ayant adopté le code sous la forme d'une recommandation, celui-ci n'est pas obligatoire. Pour qu'il entre en vigueur, les pays doivent adopter des lois nationales. Toutefois, l'adoption du code par les pays représente un engagement d'envergure internationale pour sa mise en œuvre.

Dans le *Rapport sur la nutrition mondiale 2014*, nous avons signalé que plus de la moitié (54 %) des 164 pays disposant de données avaient réussi à édicter des lois englobant l'ensemble ou nombre des dispositions du code (IFPRI 2014). À partir des données actualisées compilées par l'OMS, l'UNICEF et le Réseau international des groupes d'action pour l'alimentation infantile (IBFAN) (2016), nous dressons aujourd'hui un tableau de l'état d'avancement mondial actuel de la mise en œuvre du code.

Des données sont désormais disponibles pour 183 des 193 pays (95 %). La Figure 5.1 illustre le nombre et le pourcentage mondial et régional des 193 pays se situant à chaque étape de la mise en œuvre du code. En 2016, 70 des 193 pays (36 %) couvraient l'ensemble ou nombre des dispositions du code. C'est en Afrique et en Asie que cette proportion était la plus élevée

FIGURE 5.1 Statut juridique du Code de commercialisation des substituts du lait maternel dans les pays membres de l'ONU selon la région, 2016



Source : Auteurs, d'après les données OMS, UNICEF et IBFAN (2016).

Note : Le nombre de pays est indiqué en chiffres sur les barres. Le pourcentage de pays est indiqué par la surface des barres.

(50 % et 55 % respectivement). Dans 47 pays (24 %), il n'y avait aucune disposition juridique en place. À la suite de la réévaluation des dispositions dans les pays en 2014, le nombre de pays dotés de dispositions a en fait chuté de 46 % (89 contre 193)[1].

Pour que le code produise le plein effet escompté par l'AMS il y a 35 ans, beaucoup d'autres pays devront adopter des lois comprenant tous les articles du code, mettre en œuvre des sanctions significatives en cas de non-conformité et établir des systèmes de suivi fiables. La création récente par l'OMS, en collaboration avec l'UNICEF et des organisations non gouvernementales se consacrant à l'allaitement maternel et à la santé de l'enfant, du Réseau de surveillance et d'appui à l'échelle mondiale pour l'application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et des résolutions connexes adoptées ultérieurement par l'AMS (NetCode) est un pas encourageant dans cette direction.

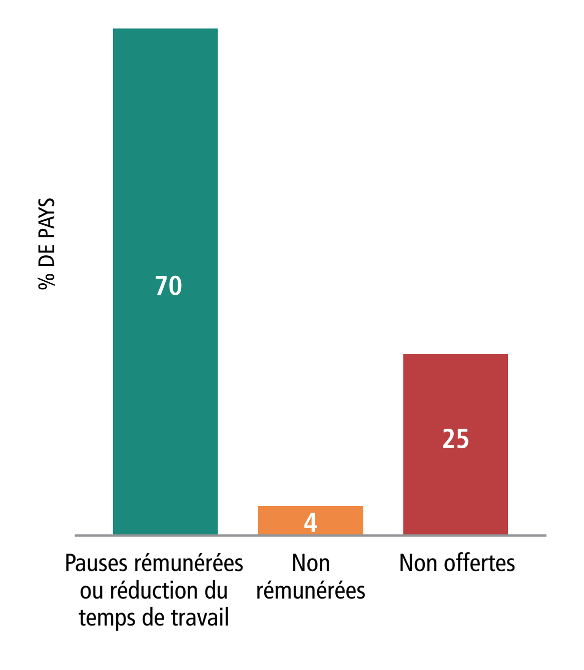
PROTECTION DE LA MATERNITÉ

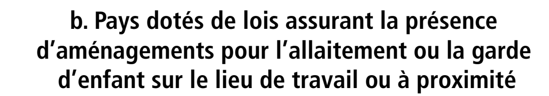
Un rapport récent sur la crise mondiale des soins prodigués aux enfants a analysé les données existantes sur les répercussions socio-économiques que les soins aux enfants font peser sur les femmes (ODI 2016). Le rapport souligne la nécessité d'étendre au secteur informel les politiques liées aux soins, tels le soutien à l'allaitement et la protection de la maternité, comme autant de mesures importantes pour améliorer la parité salariale en milieu de travail et réduire la sanction économique que subissent les mères sur le marché du travail à cause de l'inaccessibilité des services de garde et des politiques déficientes en matière d'appui à la maternité en milieu de travail.

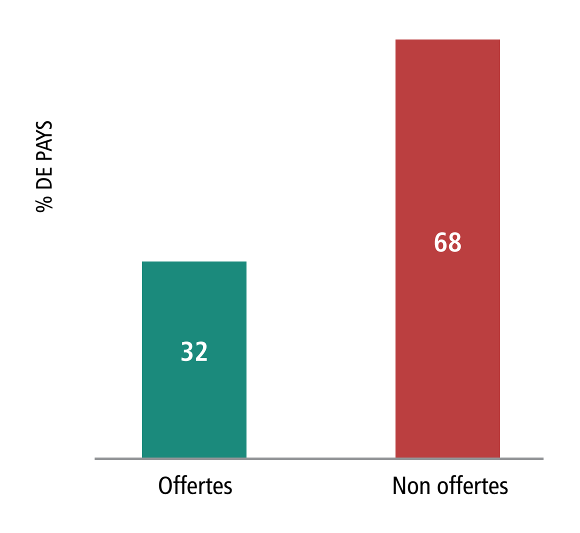
Dans le *Rapport sur la nutrition mondiale 2014*, nous avons examiné la mise en œuvre, dans l'ensemble des 193 pays, de la Convention 183 de l'Organisation internationale du Travail, qui prévoit la protection du congé de maternité (IFPRI 2014). Nous avons découvert que cette convention, qui engage les pays à garantir 14 semaines de congés de maternité rémunérés à 66 % du revenu antérieur par la sécurité sociale ou les recettes générales, a été ratifiée par 86 pays (soit 51 % des 169 pays disposant de données). Toutefois, la ratification n'est que la première étape, chaque pays signataire devant ensuite mettre en œuvre les dispositions au moyen de lois ou de règlements. Dans cette section, nous nous inspirons de l'analyse du *Rapport sur la nutrition mondiale 2014* pour examiner les données portant sur deux autres indicateurs des politiques qui appuient la poursuite de l'allaitement maternel lors du retour au travail des femmes après l'accouchement : le droit à des pauses d'allaitement rémunérées, outre des aménagements pour l'allaitement ou la garde d'enfant offerts par l'employeur. La garantie de pauses d'allaitement rémunérées est associée à des taux supérieurs d'allaitement maternel exclusif (Heymann et al. 2013).

FIGURE 5.2 Statut de la législation appuyant l'allaitement maternel exclusif, 2013

a. Pays dotés de lois assurant des pauses d'allaitement[a]







Source : Auteurs, d'après les données de l'OIT (2014).

Note : La Figure 5.2a illustre les résultats de 159 pays disposant de données à ce sujet. La Figure 5.2b illustre les résultats de 157 pays disposant de données à ce sujet.

[a] Les chiffres ayant été arrondis, les pourcentages n'atteignent pas 100 %.

Près d'un cinquième de l'ensemble des pays ne disposait d'aucune donnée sur la législation existante relativement à ces politiques (OIT 2014), révélant ainsi un important déficit de données. Pour les pays disposant de données, 70 % étaient dotés de lois accordant aux femmes des pauses d'allaitement rémunérées ou une réduction du temps de travail pour allaiter ou exprimer leur propre lait pendant la journée de travail (Figure 5.2a). La durée de cette période variait de un à cinq mois jusqu'au deuxième anniversaire de l'enfant (32 pays ne précisaient aucune durée). Toutefois, 68 % des pays disposant de données n'avaient aucune législation s'appliquant à la disposition prévoyant des aménagements pour l'allaitement ou la garde d'enfant en milieu de travail (Figure 5.2b)

INITIATIVE HÔPITAUX AMIS DES BÉBÉS

Nous faisons ici état, pour la première fois, de la mise en œuvre de l'initiative Hôpitaux amis des bébés (IHAB). Lancée par l'OMS et l'UNICEF en 1991, cette initiative vise à faciliter l'allaitement maternel dans les établissements offrant des services de maternité. Elle certifie l'adhésion des hôpitaux à une série de 10 étapes précises touchant les domaines suivants : politiques, ressources humaines, promotion et appui, protection contre les substituts du lait maternel, et structure physique veillant à ce que les mères et leur bébé partagent la même chambre.

Il n'existe aucun ensemble de données mondiales sur l'IHAB. Les données que nous présentons ici montrent la couverture à l'échelle nationale dans 127 pays pour lesquels nous disposons de données tirées des cinq sources suivantes : l'Examen mondial de l'OMS des politiques en matière de nutrition (OMS 2013b), l'enquête NutriDash de l'UNICEF (UNICEF 2014), un rapport de l'Organisation panaméricaine de la santé intitulé The Baby Friendly Hospital Initiative in Latin America and the Caribbean: Current Status, Challenges and Opportunities (OPS 2015a), l'Initiative mondiale de suivi des tendances de l'allaitement par le Réseau international des groupes d'action pour l'alimentation infantile (WBTi 2016), et l'Enquête de la huitième réunion des coordonnateurs de l'IHAB pour les pays industrialisés, l'Europe centrale et orientale et la Communauté d'États indépendants (CEE/CIS) (Stufkens 2014).

Les données décrivent la proportion de maternités d'un pays ayant déjà obtenu l'appellation « Amies des bébés ». Quant à celles qui ont été réévaluées ou qui continuent de suivre les politiques de l'IHAB, nous ne disposons d'aucune information. Une base de données mondiale plus exhaustive sera déployée par l'OMS plus tard cette année.

Entre 2007 et 2014, 91 pays ont déclaré de faibles niveaux de couverture — c'est-à-dire que moins de 40 % de leurs établissements étaient amis des bébés (Figure 5.3) —, 14 d'entre eux signalant qu'aucun hôpital ni aucune maternité sur leur territoire n'avait déjà obtenu la certification de l'IHAB. Seuls 3 pays (Bahreïn, Cuba et Fidji)

ont déclaré 100 % de couverture de l'IHAB. Ces estimations pourraient changer lors de la publication des nouvelles données, mais, dans l'ensemble, elles indiquent de faibles niveaux de mise en œuvre.

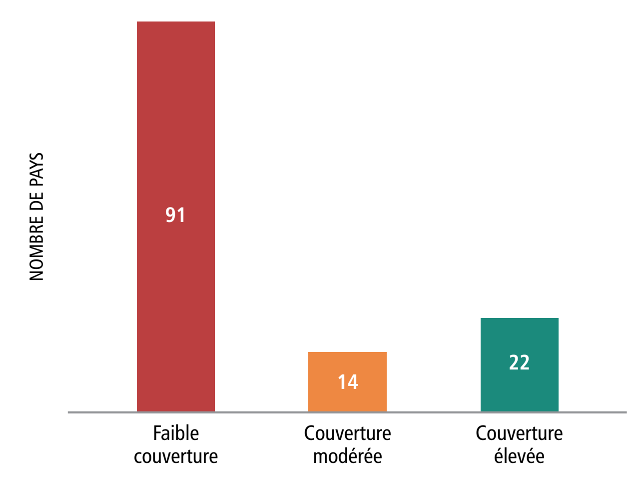
Il s'est manifestement révélé difficile de soutenir l'IHAB[2]. Tout au long des années 1990, l'initiative a bénéficié d'un appui politique et d'investissements internationaux substantiels en matière de formation et d'évaluation. Ainsi, de nombreux établissements ont obtenu l'appellation « Amis des bébés », donnant lieu à des améliorations considérables en matière d'allaitement (Perez-Escamilla et al. 2016). À l'échelle mondiale, on estime à 27,5 % la proportion de maternités qui ont été certifiées depuis 1991 dans 160 pays (Labbock 2012).

Toutefois, une estimation récente pour l'Amérique latine et les Caraïbes montre que, même si, dans l'ensemble, 8 % des établissements ont déjà obtenu l'appellation, seuls 2 % avaient été certifiés ou recertifiés les cinq années précédentes, tandis que 40 % des pays n'avaient obtenu aucune certification ou recertification au cours de cette période (OPS 2015a). Ces cinq dernières années, seules 3,5 % des naissances en établissement ont eu lieu dans des installations certifiées, par rapport à une moyenne de 15,0 % sur 25 ans.

Des suites de la réduction de l'appui et des investissements, la mise en œuvre de l'initiative a été inégale, reposant souvent sur les épaules d'une seule personne au sein du ministère de la Santé disposant d'un budget limité, voire inexistant. Un moyen clé d'accroître la durabilité de l'initiative consiste à lier le processus de certification à de plus vastes systèmes d'agrément des hôpitaux. Cette tactique s'est révélée utile, par exemple, au Viet Nam, où les 10 étapes de l'IHAB pour le succès de l'allaitement ont été incorporées dans le Système national de critères de qualité et d'agrément des hôpitaux (National Hospital Quality Criteria and Accreditation System).

Un autre mécanisme clé visant à améliorer la durabilité de l'initiative est la collecte stratégique de données permettant de mesurer la couverture, tandis que l'utilisation appropriée des informations recueillies se révèle également essentielle. Ainsi, en 2007, les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis ont institué un bilan, État par État, qui a démontré que la proportion de naissances se déroulant dans des hôpitaux amis des bébés aux États-Unis a progressé de moins de 2 % en 2007 à près de 8 % en 2014 (OPS 2015a).

FIGURE 5.3 Couverture des établissements ayant déjà reçu l'appellation « Amis des bébés » dans 127 pays, données recueillies de 2007 à 2014



Source : Auteurs, d'après les données de l'OMS (2013b), de WBTi (2016), de l'OPS (2015a), de Stufkens (2014) et de l'UNICEF (2014).

Note : Faible couverture = moins de 40 % des hôpitaux ont obtenu l'appellation « Amis des bébés », couverture moyenne = de 40 % à 60 %, couverture élevée = plus de 60 %. L'année de collecte des données n'indique pas la date de certification ou de recertification en temps opportun des établissements.

POLITIQUES PUBLIQUES EN FAVEUR D'UNE ALIMENTATION SAINE

Les politiques visant à promouvoir les régimes alimentaires sains, à l'égard desquelles les gouvernements se sont engagés dans le cadre de forums internationaux, devraient gagner en importance à l'ère des nouveaux Objectifs de développement durable (ODD), qui comprennent une cible précise sur la réduction des maladies non transmissibles. Ces politiques forment également l'une des trois priorités du Rapport de la Commission pour mettre fin à l'obésité de l'enfant, publié par l'OMS en 2016. Ce rapport recommande aux pays de « mettre en œuvre des programmes complets favorisant la consommation d'aliments sains et diminuant celle des aliments nocifs pour la santé et des boissons sucrées, chez l'enfant et l'adolescent » (OMS 2016o, viii)

Les recommandations du rapport découlent d'une série de recommandations internationales de politiques en faveur d'une alimentation saine, initiées en 2004 par la Stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé. Dans la déclaration politique de l'ONU en 2011 sur les MNT, les pays se sont engagés à promouvoir des régimes alimentaires sains au moyen de politiques publiques dans l'optique suivante :

- mettre en œuvre les recommandations de l'OMS sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants ;
- réduire le sel, les sucres et les gras saturés ;
- éliminer les gras trans ;
- encourager les politiques appuyant la production d'aliments sains

Dans cette section, nous faisons état des avancées de la mise en œuvre de trois de ces politiques : la mise en œuvre des recommandations de l'OMS, les stratégies de réduction du sel et les politiques visant à réduire les gras trans et saturés. L'OMS a sélectionné ces politiques pour les rapports qu'elle est tenue de présenter à l'Assemblée générale de l'ONU en 2017[3].

Notre analyse repose sur les données auto-déclarées de l'Enquête sur les capacités nationales de lutte contre les MNT menée en 2014, qui a recueilli des informations auprès de 193 pays (OMS 2015c). Nous avons établi un rapport sur le nombre de pays qui

ENCADRÉ 5.2 TRADUIRE LES CIBLES MONDIALES EN ACTIONS NATIONALES : POLITIQUES SMART SUR LA RÉDUCTION DU SEL EN ARGENTINE

CHESSA LUTTER

La loi argentine sur la réduction du sel engage le gouvernement à réduire l'apport en sel à 5 g par personne et par jour d'ici 2020, au moyen d'une série de mesures, dont la réduction graduelle du sel dans le pain et d'autres aliments transformés, et une campagne de communication frappée du slogan « Moins de sel, plus de vie » (*Menos sal, más vida*, en espagnol).

La politique aspire à refléter les principes SMART (spécifique, mesurable, atteignable, réaliste et limitée dans le temps). Elle est, de toute évidence, à la fois spécifique et mesurable. Elle est aussi probablement atteignable, car des études menées dans le pays montrent que 70 % de l'apport en sel provient des aliments transformés, en particulier le pain. Par conséquent, le fait de se concentrer sur les aliments transformés et le pain pour réduire le sel réglera en grande partie le problème de l'apport en sel. L'engagement est également très réaliste, car les recherches effectuées dans le pays estimaient que, pour chaque gramme de réduction de la consommation de sel, il était possible d'éviter 2 000 décès par an dus aux maladies cardio-vasculaires. Enfin, la politique est limitée dans le temps. Des cibles intermédiaires sur deux ans ont été établies, notamment la réduction d'une certaine quantité de sel dans le pain. La teneur en sel dans le pain et d'autres aliments transformés est mesurée, de même que la consommation (au moyen d'un prélèvement d'urine toutes les 24 heures), et les données sont analysées dans un laboratoire national.

Entre 2011 et 2015, l'apport quotidien moyen en sel a chuté de 2,0 g, passant de 11,2 g à 9,2 g par jour. Bien qu'il reste beaucoup à faire pour abaisser la consommation à la cible de 5 g par jour, on estime que cette diminution a permis d'éviter 4 040 décès par an pendant cette période

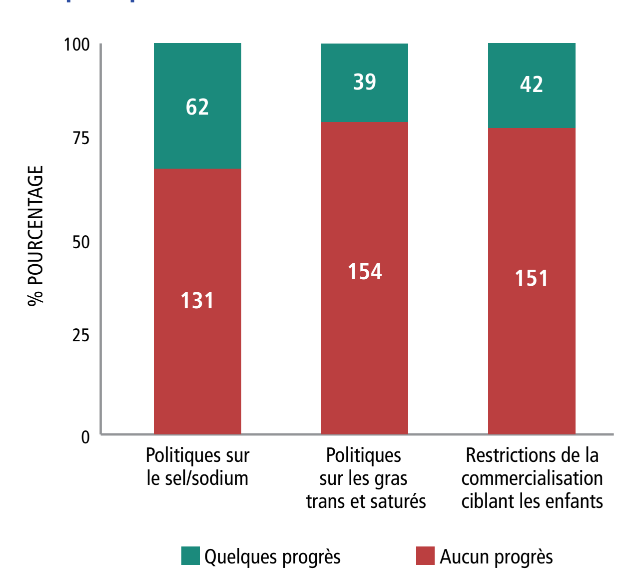
1) déclarent « quelques progrès » dans la mise en œuvre, qu'elle soit partielle ou complète, et 2) ne déclarent « aucun progrès » ou ne disposent pas de suffisamment de données pour évaluer ces derniers.

Comme l'illustre la Figure 5.4, les progrès ont été extrêmement limités : les gouvernements sont très en retard dans la mise en œuvre de ces politiques largement recommandées pour prévenir l'obésité et les MNT. Sur 193 pays, 20 seulement (10 %) ont réalisé quelques avancées par rapport aux trois indicateurs, tandis que 120 (62 %) n'ont fait aucun progrès. Quelque 53 pays (28 %) ont déclaré la pleine satisfaction d'au moins un ou deux des trois indicateurs.

Parmi les 193 pays couverts par l'Enquête sur les capacités de lutte contre les MNT, 24 % affirment avoir mis en œuvre les recommandations de l'OMS de 2010 visant à guider les efforts nationaux de restriction de la commercialisation d'aliments ciblant les enfants (OMS 2010b). Toutefois, les critères permettant d'établir si un pays a bel et bien mis en œuvre les recommandations n'apparaissent pas clairement. Cela pourrait signaler, par exemple, l'existence d'un accord volontaire sur certains aspects de la commercialisation, un énoncé politique justifiant l'importance de la question, un plan d'action exhaustif, ou la mise en œuvre d'une action spécifique ayant atteint l'objectif établi dans les recommandations : à savoir réduire à la fois l'exposition des enfants et la force des messages commerciaux. La base de données NOURISHING du Fonds mondial de recherche contre le cancer (World Cancer Research Fund International), qui suit les informations confirmées sur la mise en œuvre de politiques spécifiques, signale que 16 pays seulement ont mis en œuvre des restrictions sur la commercialisation d'aliments ciblant les enfants en vue d'atteindre ces objectifs (WCRF International 2016). Ce chiffre représente à peine 8 % des 193 pays. Des travaux plus poussés s'imposent pour clarifier la façon de surveiller la mise en œuvre des recommandations de l'OMS.

C'est la politique sur la réduction du sel/sodium qui a été la

FIGURE 5.4 Nombre de pays ayant mis en œuvre des politiques en faveur d'une alimentation saine



Source : Auteurs, d'après les données de l'OMS (2015c).

Note : Nombre total de pays = 193. Le nombre de pays est indiqué en chiffres sur les barres. Le pourcentage de pays est indiqué par la surface des barres.

plus largement exécutée, avec une mise en œuvre dans pas moins de 62 pays — soit le tiers (OMS 2015c). Dans une évaluation indépendante des stratégies de réduction du sel, Trieu et al. (2015) ont identifié 75 pays dotés d'une stratégie nationale de réduction du sel, soit plus du double par rapport au nombre déclaré dans un exercice similaire mené en 2010. Ils ont constaté que la majorité des programmes comportent plusieurs facettes, de l'incitation de l'industrie à se mobiliser pour reformuler ses produits (61 pays), à l'établissement de cibles sur la teneur en sodium des aliments (39), en passant par la sensibilisation des consommateurs (71), l'étiquetage sur le devant de l'emballage (31), les taxes sur les aliments riches en sel (3), et les interventions dans les institutions publiques (54). Des actions législatives liées à la réduction du sel — tels les cibles obligatoires, l'étiquetage sur le devant de l'emballage, les politiques d'approvisionnement alimentaire et les taxes — ont été mises en œuvre dans 33 pays.

L'Amérique latine est une région qui a été particulièrement active sur le plan de la réduction du sel. En 2015, 12 gouvernements d'Amérique latine et des Caraïbes avaient mis en place des initiatives nationales en ce sens. Outre ces 12 gouvernements dotés d'initiatives nationales, la même année, 9 autres pays disposaient de programmes infranationaux ou avaient effectué des recherches sur la réduction du sel. L'Argentine, par exemple, avait mis en œuvre une approche SMART (à savoir spécifique, mesurable, atteignable, réaliste et limitée dans le temps) de réduction du sel, comme l'indique l'Encadré 5.2.

Un champ d'action qui a connu une évolution marquée ces dernières années est l'adoption de taxes sur les boissons sucrées et les aliments riches en graisses, en sucre et en sel. D'après la base de données NOURISHING (WCRF International 2016), 14 pays imposent désormais des taxes à caractère sanitaire sur les aliments et les boissons, dont 6 sont en vigueur depuis 2014 (et le Royaume-Uni en mettra une en place en 2018). Dans l'un de ces pays, le Mexique, de nouvelles données publiées en 2016 semblent suggérer que la taxe est associée à la diminution des dépenses sur les boissons sucrées, avec un effet plus marqué dans les ménages à plus faible revenu (Colchero et al. 2016). En 2015, le Chili a également mis en œuvre une taxe sur les boissons sucrées, en plus de satisfaire à deux des trois indicateurs de la politique de l'OMS. L'Encadré 5.3 relate l'histoire des personnalités et processus qui, au Chili, ont transformé l'engagement politique en action.

Un nombre disproportionné de pays qui ont mis en œuvre des politiques sont soit des pays à revenu élevé, comme le Chili, ou des pays à revenu intermédiaire supérieur, comme l'Argentine et le Mexique. Sur les 20 pays qui ont déclaré avoir intégralement exécuté les trois politiques, 13 étaient des pays à revenu élevé, 6 des pays à revenu intermédiaire supérieur et 1 était un pays à faible revenu. Parmi les pays qui n'avaient mis en œuvre aucune des politiques, la plus grande part — soit 33 % (40 pays) — concernait des pays à revenu intermédiaire inférieur. Les scores varient considérablement d'une région à l'autre : 96 % des pays d'Afrique, 60 % des pays d'Asie, 57 % des pays d'Océanie, 58 % des pays d'Amérique latine et 30 % des pays d'Europe n'ont obtenu de score parfait sur aucun des indicateurs. Les deux pays d'Amérique du Nord ont déclaré avoir satisfait deux indicateurs ou les trois.

Tandis que les pays progressent dans la mise en œuvre de ces politiques visant à protéger et à promouvoir une alimentation saine et que certains se démarquent par leur engagement à l'action — notamment en Amérique latine —, le tableau d'ensemble est le même que celui que nous avons brossé dans le *Rapport sur la nutrition mondiale 2015* : progrès inégaux accompagnés d'énormes divergences dans la mise en œuvre. Obtenir des parties prenantes des agences internationales, gouvernements, bailleurs de fonds et agences de développement luttant historiquement contre la sous-alimentation qu'elles appuient ces politiques pourrait être un moyen d'encourager un engagement politique plus marqué en faveur de l'action. Certaines politiques peuvent assurer une « double fonction » en luttant contre différentes formes de malnutrition. Comme l'indique le chapitre 4, il convient de réaligner les engagements N4G afin d'encourager les pays à élaborer et à mettre en œuvre des politiques et programmes spécifiques (cf. chapitre 4). Un nouvel ensemble d'engagements pour l'ère de l'après-CIN2/ODD, comme le préconise le chapitre 4, aiderait à faire avancer le processus d'engagements internationaux à l'égard de politiques publiques en faveur de l'allaitement maternel, des régimes alimentaires sains et, tel que mentionné dans la prochaine section, de la couverture des interventions directes en faveur de la nutrition.

COUVERTURE DES INTERVENTIONS DIRECTES VISANT À RÉDUIRE LA SOUS-ALIMENTATION

Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2015* a révélé l'existence de données de couverture sur 12 interventions éprouvées recommandées par l'OMS (2013a) et par Bhutta et al. (2013) pour pallier la sous-alimentation chez la mère et l'enfant (cf. Tableau 4.5 dans le *Rapport sur la nutrition mondiale 2015*). Nous y avons également suivi les données sur six de ces interventions, comprenant neuf indicateurs (cf. Tableau 4.6 dans le *Rapport sur la nutrition mondiale 2015*).

Cette année, nous suivons 13 indicateurs, couvrant les six mêmes interventions (Tableau 5.1)[4]. Les données, toutefois, portent sur la période de 2005 à 2015, et plusieurs indicateurs ont été ajoutés. Ces 13 indicateurs représentent la quasi-totalité des indicateurs de couverture pour les femmes enceintes et les enfants, exacts ou approximatifs, figurant dans les enquêtes démographiques et sanitaires.

Les nouveaux ajouts au rapport de cette année incluent les enfants de 6 à 23 mois nourris selon la fréquence minimum des repas, les enfants de 6 à 59 mois ayant reçu des suppléments de fer au cours des sept derniers jours, les femmes ayant reçu des suppléments de fer et d'acide folique au cours de leur dernière grossesse, et les femmes dans la même situation qui, bien qu'ayant reçu ces suppléments, ne les ont pas pris. Nous présentons en outre les trois pays affichant le pourcentage le plus élevé de couverture pour 12 de ces indicateurs, et les trois pays affichant le plus faible (Figure 5.5).

L'analyse révèle que les pays réussissent mieux en moyenne sur

ENCADRÉ 5.3 MISE EN ŒUVRE DE POLITIQUES PUBLIQUES VISANT À PROMOUVOIR DES RÉGIMES ALIMENTAIRES SAINS AU CHILI

CAMILA CORVALAN ET MARCELA REYES

Au cours des cinq dernières années, le gouvernement chilien a adopté une série de règlements pour améliorer l'apport alimentaire de la population, en s'efforçant de freiner l'épidémie actuelle d'obésité et de maladies non transmissibles (MNT). En 2014, le gouvernement a mis en œuvre une taxe de 8 % sur les boissons sucrées par rapport aux autres boissons. En juillet 2016, les entreprises alimentaires devront apposer des étiquettes d'avertissement sur le devant des emballages de boissons et aliments transformés riches en sucres, en sodium, en gras saturés et en énergie, de même qu'il leur sera interdit de faire la publicité et la commercialisation de ces produits auprès des enfants de moins de 14 ans. Il s'agit de la restriction de marketing la plus complète au monde à ce jour.

La mise en œuvre de ces règlements est le fruit de près de 10 ans d'intenses discussions impliquant des secteurs tels que la santé, l'agriculture, l'économie et le développement social, ainsi que plusieurs acteurs, notamment politiciens, chercheurs et représentants de l'industrie alimentaire. Tout au long de ces années, des leaders clés ont réclamé sans relâche l'approbation et la mise en œuvre de ces règlements.

- Dans le milieu universitaire, un professeur en hygiène alimentaire publique a joué un rôle décisif en dirigeant le comité de l'OMS sur la prévention des maladies chroniques. Il a activement diffusé les données sur l'épidémie d'obésité et de MNT au Chili et a insisté sur la nécessité d'entreprendre des actions à grande échelle. Sa participation a été essentielle à l'engagement des décideurs, au soutien scientifique à l'ensemble du processus et sa crédibilité.
- Au Sénat, un médecin a relevé le défi en présentant une première ébauche de règlement et en réclamant son adoption. Pendant toutes ces années, ce législateur a joué un rôle déterminant dans la sensibilisation du Sénat et de l'opinion publique à ce sujet.
- Au sein du gouvernement, le président de la Direction de la nutrition au ministère de la Santé a continuellement dirigé le processus en conservant un point de vue constant et en accordant la priorité à ce programme.

Le ministère de la Santé a également convoqué plusieurs comités consultatifs d'experts afin d'obtenir des conseils scientifiques et a servi de plaque tournante pour les communications continues entre différents secteurs et acteurs. Toutefois, des compromis ont dû être consentis pour avancer vers la mise en œuvre. Par exemple, pour obtenir l'approbation des secteurs de l'agriculture et de l'économie au gouvernement, le ministère de la Santé a négocié une mise en œuvre progressive. Les règlements deviendront donc de plus en plus stricts sur une période de trois ans.

Le processus de mise en œuvre en est toujours à ses débuts. Sa durabilité à long terme dépendra de l'influence du gouvernement et de sa capacité à maintenir l'appui des différents secteurs, ainsi que la participation de la société civile, qui n'a pas joué un bien grand rôle dans l'adoption des mesures jusqu'à présent.

Le processus sera-t-il efficace ? Un plan d'évaluation faisant appel à des chercheurs internationaux est déjà en place pour établir si les politiques atteindront leur objectif d'amélioration de l'alimentation au sein de la population chilienne.

le plan des programmes de supplémentation et d'enrichissement nutritionnels que sur celui des approches axées sur la promotion de la santé. De nombreux acteurs ont joué un rôle dans l'avancement de l'engagement pour la mise en œuvre de programmes d'enrichissement alimentaire. L'Encadré 5.4 illustre le rôle décisif qu'a joué l'engagement du secteur privé dans l'amélioration de l'iodation du sel, tandis que l'Encadré 5.5 met en exergue le rôle joué par une organisation non gouvernementale.

Dans d'autres programmes de supplémentation et d'enrichissement alimentaires, les pays s'en sortent bien pour ce qui est d'offrir une supplémentation en vitamine A (couverture médiane de 79 %)[5] et une supplémentation en fer et en acide folique aux femmes au cours de leur dernière grossesse (couverture médiane de 78 %). Toutefois, la proportion médiane de femmes qui n'ont pas pris le supplément dans les pays disposant de données était de 21 % (avec des écarts de 3 % à 83 %).

En ce qui concerne les approches axées sur la promotion de la santé, notamment les interventions sur l'alimentation complémentaire des nourrissons et des jeunes enfants de 6 à 23 mois, les trois indicateurs utilisés reflètent de faibles taux de couverture dans l'ensemble des pays. Le taux le plus faible s'applique à l'alimentation minimale acceptable[6], présentant une médiane de 15 % seulement (avec des écarts de 3 % à 72 %). La meilleure couverture médiane pour les interventions sur l'alimentation complémentaire se retrouve dans la fréquence minimale des repas[7], avec une médiane de 57 %. Comme nous l'avons mentionné dans les *Rapports sur la nutrition mondiale* antérieurs, l'amélioration de ces chiffres par rapport à leurs très faibles niveaux est de la plus haute priorité.

Les indicateurs de résultats qui peuvent être influencés par des interventions portant sur la protection, la promotion et l'appui de l'allaitement maternel comprennent la mise au sein dans l'heure suivant la naissance, l'allaitement maternel exclusif chez les nourrissons de moins de six mois et la poursuite de l'allaitement maternel à l'âge d'un an et de deux ans. Dans ce groupe d'indicateurs, c'est la médiane pour l'allaitement maternel exclusif qui est

TABLEAU 5.1 Couverture des interventions et des pratiques visant à lutter contre la malnutrition de la mère et de l'enfant

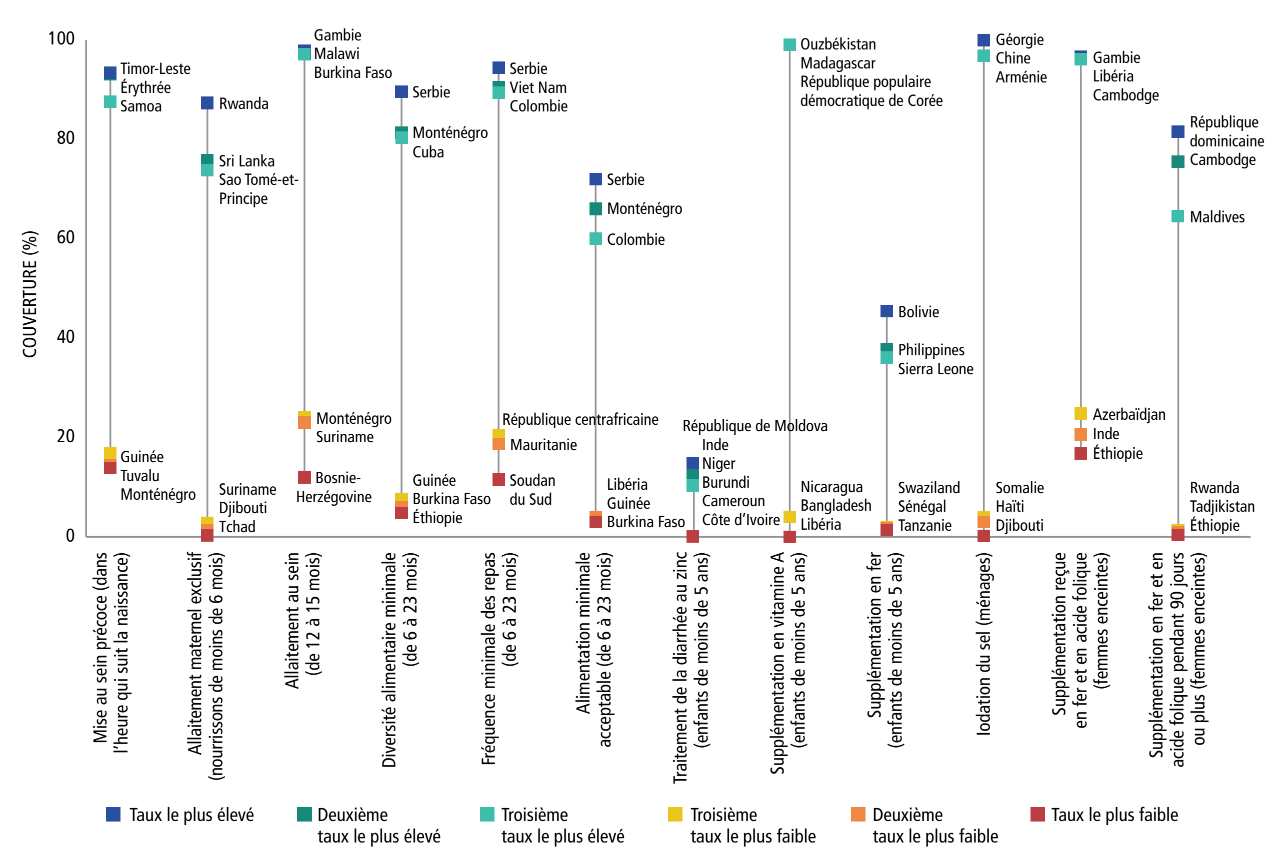
Couverture ou indicateur de la pratique	Intervention connexe recommandée par Bhutta et al. (2013) (population cible)	Nombre de pays disposant de données	Taux de couverture ou de pratique dans les pays disposant de données (%)			
			Minimum	Maximum	Moyenne	Médiane
Enfants de 0 à 59 mois souffrant de diarrhée et bénéficiant d'un traitement au zinc	Traitement de la diarrhée au zinc (enfants de 0 à 59 mois)*	39	0,1	15	3	2
Mise au sein précoce (proportion de nourrissons mis au sein dans l'heure qui suit la naissance)	Protection, promotion et appui de l'allaitement maternel*	125	14	93	52	52
Nourrissons de moins de 6 mois allaités exclusivement au lait maternel	Protection, promotion et appui de l'allaitement maternel*	122	0,3	87	38	37
Enfants de 12 à 15 mois allaités au lait maternel	Protection, promotion et appui de l'allaitement maternel*	122	12	98	69	72
Enfants de 6 à 23 mois recevant des aliments d'au moins 4 groupes (diversité alimentaire minimale)	Promotion de programmes d'alimentation complémentaire pour les populations en situation de sécurité et d'insécurité alimentaire (enfants de 6 à 23 mois)*	60	5	90	36	28
Enfants de 6 à 23 mois nourris selon la fréquence minimale des repas	Promotion de programmes d'alimentation complémentaire pour les populations en situation de sécurité et d'insécurité alimentaire (enfants de 6 à 23 mois)*	82	12	94	56	57
Enfants de 6 à 23 mois nourris selon trois pratiques d'ANJE (alimentation minimale acceptable)	Promotion de programmes d'alimentation complémentaire pour les populations en situation de sécurité et d'insécurité alimentaire (enfants de 6 à 23 mois)*	50	3	72	22	15
Enfants de 6 à 59 mois ayant reçu deux doses de suppléments de vitamine A en 2014	Supplémentation en vitamine A (enfants de 0 à 59 mois)*	57	0	99	65	79
Enfants de 6 à 59 mois ayant reçu des suppléments de fer au cours des sept derniers jours	Ni Bhutta et al. (2013) ni l'OMS (2016d) ne recommandent cette intervention	51	1	45	14	12
Ménages consommant du sel suffisamment iodé	Iodation universelle du sel*	83	0,2	100	57	61
Femmes ayant donné naissance ces cinq dernières années et bénéficié d'une supplémentation en fer et en acide folique au cours de leur dernière grossesse	Supplémentation en micro-nutriments multiples (femmes enceintes)	57	17	97	71	78
Femmes ayant donné naissance ces cinq dernières années et bénéficié d'une supplémentation en fer et en acide folique au cours de leur dernière grossesse, mais qui ne l'ont pas prise	Supplémentation en micro-nutriments multiples (femmes enceintes)	55	3	83	27	21
Femmes ayant donné naissance ces cinq dernières années et bénéficié d'une supplémentation en fer et en acide folique au cours de leur dernière grossesse, et qui l'ont prise pendant 90 jours ou plus	Supplémentation en micro-nutriments multiples (femmes enceintes)	56	0,4	82	28	29

Source : Auteurs, d'après les données de Kothari (2016) et de l'UNICEF (2016d), ces dernières étant tirées d'enquêtes par grappes à indicateurs multiples, d'enquêtes démographiques et sanitaires, et d'autres enquêtes représentatives à l'échelle nationale menées entre 2005 et 2015.

Note : * = interventions recommandées par l'OMS (2016d). La supplémentation en micro-nutriments multiples est recommandée par Bhutta et al. (2013). Les données antérieures à 2005 ont été exclues de ce tableau en attendant l'approbation de cette recommandation par l'OMS. Pour l'Inde, de nouvelles données tirées de l'enquête Rapid Survey on Children 2013-2014 sont utilisées, le cas échéant. ANJE = alimentation du nourrisson et du jeune enfant.



FIGURE 5.5 Pays affichant les taux de couverture les plus élevés et les plus faibles pour les 12 interventions et pratiques visant à lutter contre la malnutrition de la mère et de l'enfant



Source : Auteurs, d'après les données de Kothari (2016) et de l'UNICEF (2016d), ces dernières étant tirées d'enquêtes par grappes à indicateurs multiples, d'enquêtes démographiques et sanitaires, et d'autres enquêtes représentatives à l'échelle nationale menées entre 2005 et 2015.

la plus faible, indiquant la nécessité de renforcer les intrants des programmes. Cet indicateur est particulièrement représentatif du succès attribuable aux efforts déployés par les programmes pour augmenter les taux, et de leur détérioration subséquente dès lors que ces efforts ont été supprimés.

En revanche, la poursuite de l'allaitement maternel à un an présente la médiane la plus élevée de ce groupe d'indicateurs, avec 72 %, mais ces taux sont demeurés relativement stables ces dernières décennies et ne semblent donc pas bénéficier des récents efforts déployés par les programmes.

D'autres travaux s'imposent pour clarifier la relation entre les indicateurs de ces pratiques et la mise en œuvre, sans parler de la qualité des politiques et interventions comme celles examinées ci-dessus. Les indicateurs de la couverture des pratiques reflètent-ils l'adoption et la mise en œuvre de politiques, d'autres facteurs, ou les deux ? Le cas échéant, par quels moyens ? Savoir ce qu'il convient de faire pour améliorer les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant est d'autant plus difficile que ni les politiques et interventions mises en œuvre, ni leur qualité n'apparaissent clairement.

Il existe certaines données de couverture sur la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère (MAS) soit au moyen de soins ambulatoires comprenant des aliments thérapeutiques prêts à l'emploi, soit au moyen de soins hospitaliers comprenant une hospitalisation et un traitement en établissement. La Figure 5.6 présente les données de couverture fournies par le Réseau de surveillance de la couverture (Coverage Monitoring Network – CMN)[8]. En utilisant seulement les données de 2014 et 2015 pour les 17 pays évalués par le CMN, nous disposons d'estimations d'évaluation de la couverture pour 58 districts sur 102 (ou 57 %) dans 14 pays[9]. Les taux de couverture sont inférieurs à 50 % dans 33 des 58 districts. Ces chiffres représentent probablement le meilleur scénario possible en fait de couverture — car il s'agit d'endroits où les organisations non gouvernementales peuvent travailler et recueillir des données — et il convient de les rendre publics de manière accessible et bien documentée. À l'heure actuelle, ils ne le sont pas. Agir en ce sens faciliterait l'analyse approfondie de la tendance et des facteurs de la mise en œuvre, aidant ainsi les responsables de la mise en œuvre des politiques et des programmes à affiner leurs stratégies d'amélioration du traitement de la MAS.

ENCADRÉ 5.4 INCITER LE SECTEUR PRIVÉ À AMÉLIORER L'ACCÈS AU SEL IODÉ EN ÉTHIOPIE

COREY L. LUTHRINGER, ALEM ABAY ET GREG S. GARRETT

Depuis 2011, l'Éthiopie a réalisé d'immenses progrès dans l'amélioration de l'apport d'iode en l'ajoutant au sel. L'Éthiopie a longtemps été aux prises avec une prévalence élevée de malnutrition par carence en micro-nutriments au sein de sa population. En 2005, l'apport d'iode y était extrêmement faible. La couverture nationale du sel iodé (quelle que soit sa teneur en iode) était de 4,2 %, 83 % des enfants d'âge scolaire souffraient de carence en iode, et près de 40 % des enfants avaient été identifiés comme souffrant de goitre (EHNRI, FMoH et UNICEF 2005).

Fin 2014, cependant, plus de 95 % des ménages avaient accès à du sel iodé (quelle que soit sa teneur en iode), et 42,7 % des ménages avaient accès à du sel suffisamment iodé. Bien qu'aucune évaluation indépendante n'ait été menée, cette augmentation semble être due à l'amélioration des chaînes d'approvisionnement, à la mobilisation du secteur privé, à l'engagement public à l'égard du rétablissement et du renforcement de la législation en matière d'iodation, à la participation d'agences internationales comme l'UNICEF, et à des initiatives comme l'Initiative pour les micro-nutriments et l'Alliance mondiale pour l'amélioration de la nutrition (GAIN).

Cet élargissement de la couverture a entraîné des améliorations dans le bilan iodé, le développement mental et la croissance physique des enfants éthiopiens. Dans un essai randomisé mené en 2014 auprès des enfants de 60 villages éthiopiens, la concentration d'iode urinaire, le ratio taille-âge, et les scores obtenus à l'issue de tests évaluant le développement moteur, linguistique et cognitif étaient tous plus élevés chez les enfants consommant du sel iodé (Bougma et al. 2015).

Le secteur privé a joué un rôle de premier plan dans cette intensification : 1) en améliorant la structure de coûts du sel iodé afin d'offrir des mesures d'incitation à la production, 2) en améliorant l'accès à l'iodate de potassium (KIO3), et 3) en mettant en œuvre des processus d'iodation de haute qualité.

Premièrement, le secteur d'exploitation du sel à petite échelle s'est organisé en coopératives. À la suite des mesures d'incitation prises par le gouvernement pour accroître la production de sel, une surpopulation de producteurs de sel aux abords du lac Afdera, où s'effectue la majorité de l'extraction du sel en Éthiopie, avait entraîné l'effondrement des prix et des incohérences dans l'approvisionnement en sel de haute qualité (Bagriansky 2014). En réponse à ces problèmes, les producteurs se sont regroupés afin de coordonner la production et de fixer les quotas et les prix, formant ainsi l'Association de soutien mutuel des producteurs de sel de la région d'Afar (Afar Salt Producers Mutual Support Association – ASPMSA). Fin 2011, l'ASPMSA a utilisé son nouveau réseau de coordination de l'approvisionnement pour inciter de nouveau les producteurs à ioder leur sel. L'association a travaillé de concert avec le gouvernement pour distribuer du KIO3 à chaque producteur, prélevant automatiquement le coût du KIO3 de la paie du producteur. Cette méthode a éliminé efficacement l'incitation à accroître les profits en omettant délibérément d'ioder le sel (Chuko et al. 2015).

Deuxièmement, l'ASPMSA a appuyé l'établissement d'un mécanisme de recouvrement des coûts du KIO3 pour assurer un approvisionnement durable aux producteurs sans recourir continuellement à des dons de l'extérieur. La conception de la méthode a assuré un accès abordable au KIO3, en particulier pour les petits producteurs (Spohrer et Garrett 2013 ; Garrett et Przczewlofsky 2013). Ce nouveau système a permis de réduire et de couvrir les coûts des composés utilisés pour l'enrichissement, se révélant l'un des principaux obstacles à un enrichissement approprié (Luthringer et al. 2015).

Troisièmement, des pratiques d'assurance de la qualité sont en cours d'élaboration et contribuent à la production de sel iodé de meilleure qualité. De 2011 à 2014, l'Alliance mondiale pour l'amélioration de la nutrition a fait don de machines d'iodation, augmentant ainsi la qualité et les volumes de production de sel suffisamment iodé comparativement à l'ancien processus consistant à vaporiser de l'iode sur le sel. Les producteurs ont suivi une formation leur permettant d'effectuer une analyse quantitative de la teneur en iode à l'aide de trousses d'analyse rapide qui leur ont été données ou de laboratoires de production internes, et des inspecteurs de contrôle des produits alimentaires ont été recrutés afin d'améliorer l'application des règlements sur l'iodation du sel. Shewit Salt Processing, une grande coopérative semblable à l'ASPMSA, a également amélioré la qualité de l'iodation du sel en utilisant de meilleures pratiques d'emballage et d'étiquetage permettant d'exiger des prix plus élevés sur le marché, ainsi qu'en faisant l'acquisition de terres pour agrandir ses installations d'iodation.

Prises conjointement, ces actions entreprises par le secteur privé, le gouvernement et les agences techniques ont entraîné une amélioration rapide et durable de l'apport en iode dans le pays. Il reste toutefois certains problèmes de qualité à régler dans le programme d'iodation du sel afin d'assurer une couverture plus universelle de sel suffisamment iodé, que le secteur privé est bien placé pour offrir.

Les avancées sur le front du renforcement des interventions visant à réduire la sous-alimentation dans le monde entier ont été lentes et inéquitables. Un moyen de faire avancer la mise en œuvre de façon à atteindre l'échelle requise consiste à s'appuyer sur les systèmes de santé, en particulier les soins de santé primaires. Nombre de systèmes de santé sont déjà activement engagés dans la mise en œuvre d'interventions directes pour la nutrition — notamment la distribution de suppléments de fer et d'acide folique ou de micro-nutriments multiples, les suppléments de calcium, les conseils en matière de nutrition et d'allaitement précoce, et plus encore à travers les soins prénatals. Sachant qu'il existe désormais des expériences impliquant également d'autres services (conseils

ENCADRÉ 5.5 ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES À L'APPUI DES PROGRAMMES DE MICRO-NUTRIMENTS AU BURKINA FASO

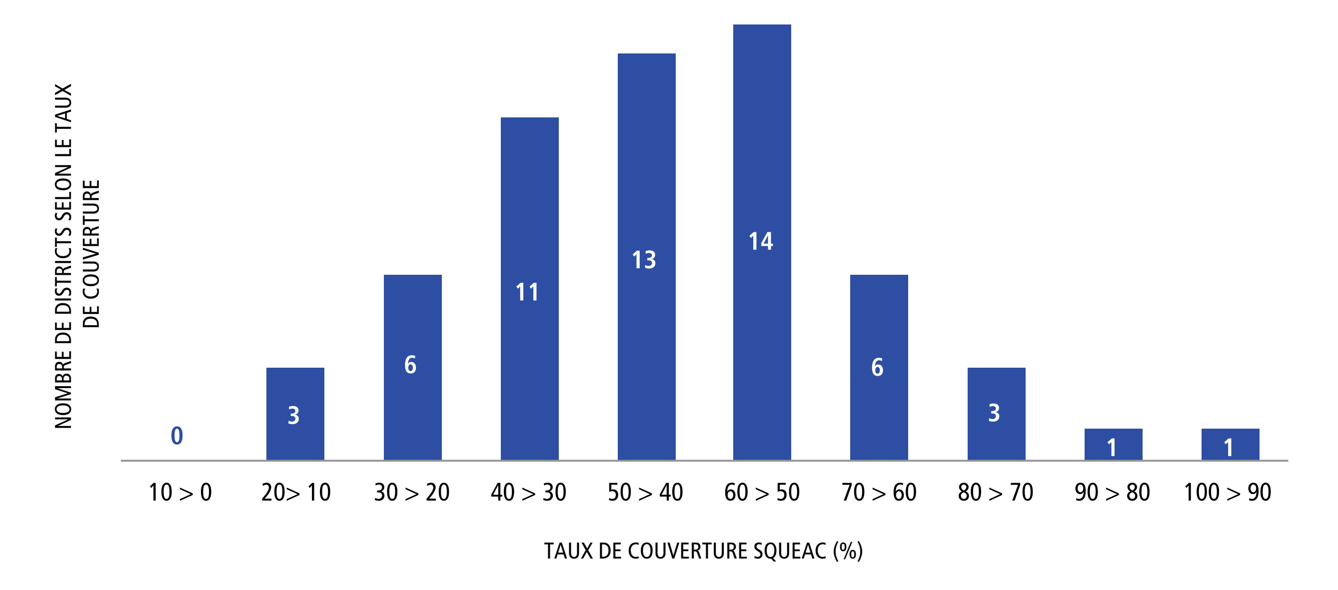
VICTORIA QUINN

Au Burkina Faso, les avancées majeures comprennent l'enrichissement industriel de denrées alimentaires de base — une stratégie rentable visant à réduire les carences en micro-nutriments (Hoddinott et al. 2012 ; Das et al. 2013) — à la suite de l'adoption de la loi sur l'enrichissement obligatoire de l'huile de cuisson en vitamine A et de la farine de blé avec divers nutriments, dont le fer et l'acide folique. Ces produits profitent désormais à plus de 84 % des 18 millions de consommateurs du pays.

Ces avancées ont été appuyées par Helen Keller International (HKI). Le financement du gouvernement de Taiwan a permis à HKI d'offrir l'assistance technique nécessaire pour renforcer les capacités des industries alimentaires locales à respecter les normes et à assurer la qualité. Ces produits enrichis sont marqués du logo Enrichi créé dans le cadre d'une initiative multipartenaire plus vaste d'Afrique de l'Ouest, dirigée par HKI et d'autres partenaires, et disposant de financements provenant de plusieurs donateurs, dont le gouvernement des États-Unis. HKI a collaboré avec les gouvernements et des entreprises alimentaires privées de 19 pays africains, dans lesquels, à ce jour, on estime que 285 millions de consommateurs ont accès à de tels produits alimentaires enrichis.

L'engagement d'HKI au Burkina Faso implique également la mise sur pied de la base de données factuelles sur l'impact de l'agriculture contribuant à la nutrition. Dans cette optique, HKI a travaillé en partenariat avec l'Institut international de recherche sur les politiques alimentaires et — de concert avec les bureaux de la santé et de l'agriculture des administrations locales, l'Institut national de recherche agronomique et une ONG locale — a conclu la première phase d'un essai en communauté randomisé, contrôlé et rigoureux de son modèle reconnu de Production renforcée de produits alimentaires locaux (Enhanced Homestead Food Production) dans la région Est du Burkina Faso grâce au financement du gouvernement des États-Unis. Les résultats ont été publiés en 2015, indiquant pour la toute première fois qu'un programme intégré et bien conçu en faveur de la production locale d'aliments riches en nutriments, conjugué à une communication axée sur le changement des comportements nutritionnels, peut avoir un impact positif sur l'état nutritionnel de la mère et de l'enfant (Olney et al. 2015). L'appui d'HKI aux programmes de micro-nutriments au Burkina Faso était également un engagement pris dans le cadre du Sommet N4G.

FIGURE 5.6 Estimations de la couverture pour la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère dans 58 districts de 14 pays



Source : Auteurs, d'après les données fournies par Jose Luis Alvarez du Coverage Monitoring Network, le 8 février 2016.

Note : Les estimations sont produites suivant la méthodologie SQUEAC (évaluation semi-quantitative de l'accessibilité et de la couverture). Les 14 pays sont l'Afghanistan, le Burkina Faso, la République centrafricaine, le Tchad, la République démocratique du Congo, l'Éthiopie, le Kenya, le Mali, le Niger, le Nigéria, le Pakistan, le Sénégal, la Somalie et le Soudan du Sud.

en matière d'alimentation du nourrisson, dépistage, orientation et traitement de la malnutrition), le moment est bien choisi pour explorer la question de plus près. On constate également un alignement considérable sur les actions des systèmes de santé visant à réduire la mortalité infantile, 45 % de ces décès étant le résultat de la sous-alimentation infantile.

À titre d'exemples : le programme éthiopien de vulgarisation sanitaire prend en main la prestation d'interventions nutritionnelles, tels les conseils en matière d'alimentation du nourrisson et la supplémentation en calcium ; la mission nationale d'amélioration de la santé rurale en Inde entreprend de plus en plus de travaux se rapportant à la nutrition — en particulier dans le contexte de la prestation de soins prénatals, du traitement de la MAS et de la supplémentation en micro-nutriments — ; le système de santé vietnamien s'est embarqué sur un plan ambitieux d'intégration à grande échelle des conseils de nutrition en établissement ; le plan de développement du secteur de la santé au Bangladesh vise à intégrer la nutrition dans le système de santé. Ainsi, des efforts ont été déployés, dans le cadre de l'approche de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), pour renforcer les interventions en faveur de la nutrition (cf. Arifeen et al. 2009).

Les défis sont néanmoins nombreux : l'intégration de la nutrition dans le système de santé au Bangladesh, par exemple, a beaucoup mieux fonctionné pour la nutrition dans le cadre des soins prénatals que pour la prestation de conseils en matière de nutrition aux enfants malades ; les services de sensibilisation aux soins alimentaires préventifs, comme la prestation de conseils et la supplémentation, ont été extrêmement difficiles à établir (Saha et al. 2015). En dépit des directives, de la formation et des outils de PCIME disponibles, les médecins prodiguant des soins aux enfants malades sont occupés et surchargés de travail, et ne parviennent pas, par conséquent, à suivre tous les éléments de nutrition du protocole de PCIME (peser les enfants, évaluer l'alimentation, fournir des informations sur l'alimentation).

En outre, les plans de renforcement des systèmes de santé sont souvent lents à intégrer des actions qui renforcent également l'inclusion d'interventions en faveur de la nutrition — en particulier les interventions de prévention pendant la petite enfance et celles qui s'avèrent nécessaires après l'âge de cinq ans. La plupart des systèmes de santé se concentrent sur la prestation de soins préventifs de base (immunisation, soins prénatals) et de soins curatifs complets. Bon nombre d'interventions en faveur de la nutrition se situent souvent entre ces deux types de services. Malgré tout, les interventions nutritionnelles — comme les suppléments en micro-nutriments, le zinc, ainsi que les solutions de réhydratation orale — et le traitement de la malnutrition sévère en établissement entrent parfaitement dans les activités de soins de santé courants. Dans de nombreux pays, les systèmes de soins de santé sont encore loin d'être en mesure d'offrir certaines des interventions sanitaires fondamentales — vaccinations, soins prénatals de base, soins liés à l'accouchement —, à tel point que les services et interventions en matière de nutrition pourraient bien être perçus comme non essentiels.

À mesure que s'instruit, à l'échelle internationale et des pays, le débat sur les enjeux liés à l'Objectif de développement durable 3 (à savoir « Donner aux individus les moyens de vivre une vie saine et promouvoir le bien-être de tous à tous les âges ») et en particulier sur les soins de santé universels, il importera d'engager une réflexion sur ce que tout cela signifie pour la prestation d'interventions en faveur de la nutrition. Les systèmes de santé devront être outillés de sorte à mieux intégrer les interventions nutritionnelles selon des taux de couverture élevés dans le contexte d'amélioration des soins de santé primaires et des services de santé génésique, maternelle et infantile. Compte tenu des objectifs communs et des liens entre la nutrition et la santé, le resserrement de ces liens entre la nutrition et les systèmes de santé peut représenter un potentiel gagnant-gagnant pour les intervenants au niveau des politiques, des programmes et de la recherche qui sont engagés dans le renforcement des systèmes de santé, de la nutrition ou des deux.

APPELS À L'ACTION

1. **Renforcer les groupes de travail interministériels sur la malnutrition sous toutes ses formes.** D'ici la fin 2018, tous les gouvernements nationaux devraient établir des groupes de travail chargés de mettre en œuvre les politiques en matière de nutrition, de même que des commissions ou conseils consultatifs nationaux. Ces mécanismes devraient notamment :
    - mettre en place une ligne directe avec le cabinet du chef de l'État ;
    - inciter à une participation sociale partant de la base (notamment les OSC, les mouvements sociaux et le milieu universitaire) ;
    - superviser l'élaboration et/ou la mise en œuvre de politiques et de programmes visant à lutter contre la malnutrition sous toutes ses formes.

De plus, d'ici 2018, la communauté des bailleurs de fonds devrait apporter un soutien financier à au moins 25 mécanismes du genre, afin de leur permettre de renforcer leurs capacités et de leur assurer un fonctionnement efficace.

2. **Convertir les recommandations en lois.** Les gouvernements devraient mettre en œuvre et suivre les politiques et programmes largement recommandés en faveur de l'allaitement. Plus précisément, les gouvernements devraient prendre des engagements SMART dans les buts suivants :
    - mettre en œuvre l'ensemble des dispositions énoncées dans le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel d'ici au Sommet N4G qui se tiendra en 2020 ;
    - ratifier, d'ici 2020, la convention de l'Organisation internationale du Travail afin d'assurer la protection du congé de maternité et d'autres mesures de soutien en milieu de travail, ainsi que d'effectuer le suivi et le compte rendu des politiques en milieu de travail qui favorisent la poursuite de l'allaitement et la garde d'enfant.

3. **Mettre en œuvre des politiques à l'appui des recommandations.** Les gouvernements devraient effectuer la mise en œuvre et le suivi des politiques et programmes largement recommandés en faveur d'une alimentation saine, notamment les politiques de réduction du sel/sodium (y compris des cibles fixées dans la loi), les politiques visant à remplacer les gras trans et saturés par des gras insaturés, les restrictions relatives à la commercialisation d'aliments riches en graisses, en sucres et en sel ciblant les enfants, et les taxes sur les boissons sucrées. À ce jour, seuls 10 % des pays déclarent avoir réalisé des avancées sur trois politiques de base (à savoir la mise en œuvre des recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé sur la commercialisation d'aliments ciblant les enfants, la réduction du sel, et la réduction des gras trans et saturés). D'ici 2030, tous les pays devraient être en mesure de rendre compte de progrès importants dans ces trois domaines.
4. **Intensifier les 13 interventions éprouvées, spécifiques à la nutrition.** Les gouvernements et les acteurs internationaux devraient œuvrer à l'élargissement de la couverture des interventions éprouvées, spécifiques à la nutrition — tant à l'échelle mondiale que nationale — en mettant l'accent sur l'intégration d'actions en faveur de la nutrition dans les plateformes des systèmes de santé. Sur les 13 interventions examinées, le taux de couverture médian varie de 1 % à 79 %. D'ici 2030, le taux de couverture médian pour les 13 interventions devrait s'élever à 90 %.
5. **Approfondir la compréhension de l'intensification et de la qualité de la mise en œuvre pour toutes les interventions éprouvées en faveur de la nutrition.** Les chercheurs devraient explorer les facteurs techniques, politiques et économiques favorisant ou empêchant l'adoption, la mise en œuvre et l'application d'interventions en faveur de la nutrition. Les domaines suivants nécessitent des recherches plus poussées :
   - les enseignements tirés des conseils et des groupes de travail fructueux ;
   - les raisons pour lesquelles certains pays atteignent une meilleure couverture que d'autres pour une intervention nutritionnelle donnée, et les raisons pour lesquelles certaines interventions spécifiques à la nutrition évoluent mieux que d'autres, y compris au sein d'un même pays ;
   - la mesure dans laquelle l'intégration d'interventions éprouvées, spécifiques à la nutrition dans les systèmes de santé influe sur la nutrition et sur les résultats sanitaires en général.

D'ici la fin 2018, les bailleurs de fonds de la recherche devraient avoir annoncé au moins deux programmes de recherche majeurs financés par plusieurs pays sur les facteurs favorisant ou empêchant l'adoption, la mise en œuvre et l'application de politiques et de programmes éprouvés en faveur de la nutrition.



6 ACCÉLÉRER LA CONTRIBUTION DES VECTEURS SOUS-JACENTS À L'AMÉLIORATION DE LA NUTRITION

LES ENVIRONNEMENTS ALIMENTAIRES, SOCIAUX, SANITAIRES ET DE VIE DANS LESQUELS LES INDIVIDUS PRENNENT DES DÉCISIONS ONT UNE INFLUENCE CONSIDÉRABLE SUR l'état nutritionnel (cf. Figure 6.1). Pour une nutrition optimale, ces facteurs sous-jacents importent. Ainsi, l'environnement alimentaire devrait-il faire en sorte de proposer une alimentation saine, abordable, accessible et désirable. L'environnement social devrait fixer des normes de bonne nutrition et d'hygiène et soutenir les efforts consentis par les populations à l'égard de leur nutrition et de celle de leur famille.

L'environnement sanitaire devrait faciliter l'accès généralisé à une médecine préventive et curative abordable et de grande qualité. Enfin, l'environnement de vie devrait fournir l'accès à des services améliorés d'eau potable et d'assainissement, ainsi qu'à des espaces construits mettant en avant l'activité physique dans des contextes sûrs et sains. Derrière ces résultats fondamentaux s'alignent autant de processus fondamentaux tels le développement de l'agriculture, le commerce, les soins de santé, l'éducation et la réduction de la pauvreté. Tous ces processus sont influencés par les systèmes de gouvernance et les mesures économiques incitatives et dissuasives. Ensemble, ces résultats et processus fondamentaux constituent ce que nous appelons des « vecteurs sous-jacents » de l'état nutritionnel.

Les moyens des gouvernements qui influencent ces vecteurs sous-jacents éclipsent les ressources allouées aux actions explicitement pensées en faveur de la nutrition. Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2014* révélait que respectivement 35 % et 31 % des budgets publics de l'Afrique et de l'Asie étaient alloués à quatre secteurs à peine : l'agriculture, la santé, l'éducation et la protection sociale. À l'inverse, le *Rapport sur la nutrition mondiale 2015* concluait que l'allocation moyenne à la nutrition sur l'ensemble de ces secteurs (y compris le secteur de l'eau et de l'assainissement) dans 14 pays était de 1,3 %. La vaste quantité de ressources dirigées vers ces vecteurs sous-jacents signifie qu'il est impératif que le milieu de la nutrition facilite à tous les acteurs des secteurs concernés l'identification d'engagements liés à la nutrition et leur mise en œuvre.

Ce chapitre pose la question suivante : Quels engagements pour l'action, lorsqu'ils sont tenus, ont de réelles chances d'accélérer le rythme d'amélioration des vecteurs sous-jacents et leur impact sur la nutrition ? Tout d'abord, il passe en revue de nouveaux éléments factuels quant à l'importance de ces vecteurs sous-jacents pour la nutrition. Il examine ensuite trois ensembles d'actions conçues pour renforcer la contribution des vecteurs sous-jacents à l'amélioration de la nutrition : 1) actions pour accélérer les progrès des vecteurs eux-mêmes, 2) actions susceptibles d'aider ces vecteurs à produire un impact plus important sur la nutrition, et 3) actions qui exploitent les possibilités offertes par ces vecteurs qui agissent comme autant de plateformes pour des initiatives d'amélioration plus immédiate de la nutrition (Ruel et Alderman 2013). Le chapitre se conclut par des appels à l'action.

IMPORTANCE DES VECTEURS SOUS-JACENTS POUR L'AMÉLIORATION DE LA NUTRITION

Les vecteurs sous-jacents sont importants pour toutes les formes de malnutrition. La base de données factuelles la plus complète porte sur la corrélation entre les vecteurs sous-jacents sélectionnés et les résultats du retard de croissance, mais il est probable que ces vecteurs soient tout aussi pertinents pour d'autres formes de sous-alimentation, notamment l'émaciation et l'anémie. Ces vecteurs sous-jacents couvrent l'apport calorique des aliments, le pourcentage d'apport calorique des denrées alimentaires de base, les taux d'inscription des jeunes filles en établissement secondaire,

PRINCIPAUX RÉSULTATS

Ce chapitre pose la question suivante : Quels engagements pour l'action, lorsqu'ils sont tenus, ont de bonnes chances d'accélérer le rythme d'amélioration des vecteurs sous-jacents et leur impact sur la nutrition ?

- Un montant bien supérieur à 30 % des dépenses publiques en Afrique et en Asie est alloué à cinq secteurs qui agissent comme autant de vecteurs sous-jacents de la nutrition : l'agriculture, la santé, l'éducation, la protection sociale et l'eau, l'assainissement et l'hygiène. Les politiques et programmes dans ces domaines peuvent être ajustés de bien des façons pour améliorer leurs résultats nutritionnels, en mettant l'accent notamment sur l'autonomisation des femmes et en intégrant des cibles de nutrition et des composantes de changement des comportements nutritionnels dans leur conception. Ce chapitre fournit des exemples de la façon dont ces ajustements peuvent être faits.

- Les interventions directes sur la sous-alimentation, même lorsque leur taux de couverture atteint 90 %, ont été jugées efficaces sur 20 % seulement de la charge du retard de croissance. S'atteler aux vecteurs sous-jacents de la nutrition, en particulier à ceux mentionnés plus haut, est fondamental pour couvrir les 80 % restants.

- L'alimentation étant le facteur numéro un de la charge mondiale de morbidité, des changements dans les domaines de la production alimentaire, du stockage et de la distribution des denrées alimentaires, du commerce transfrontalier, ainsi que de la transformation et de l'emballage des aliments pourraient avoir des retombées substantielles sur les maladies non transmissibles liées tant à la nutrition qu'au régime alimentaire. Ce chapitre précise de quoi il retourne.

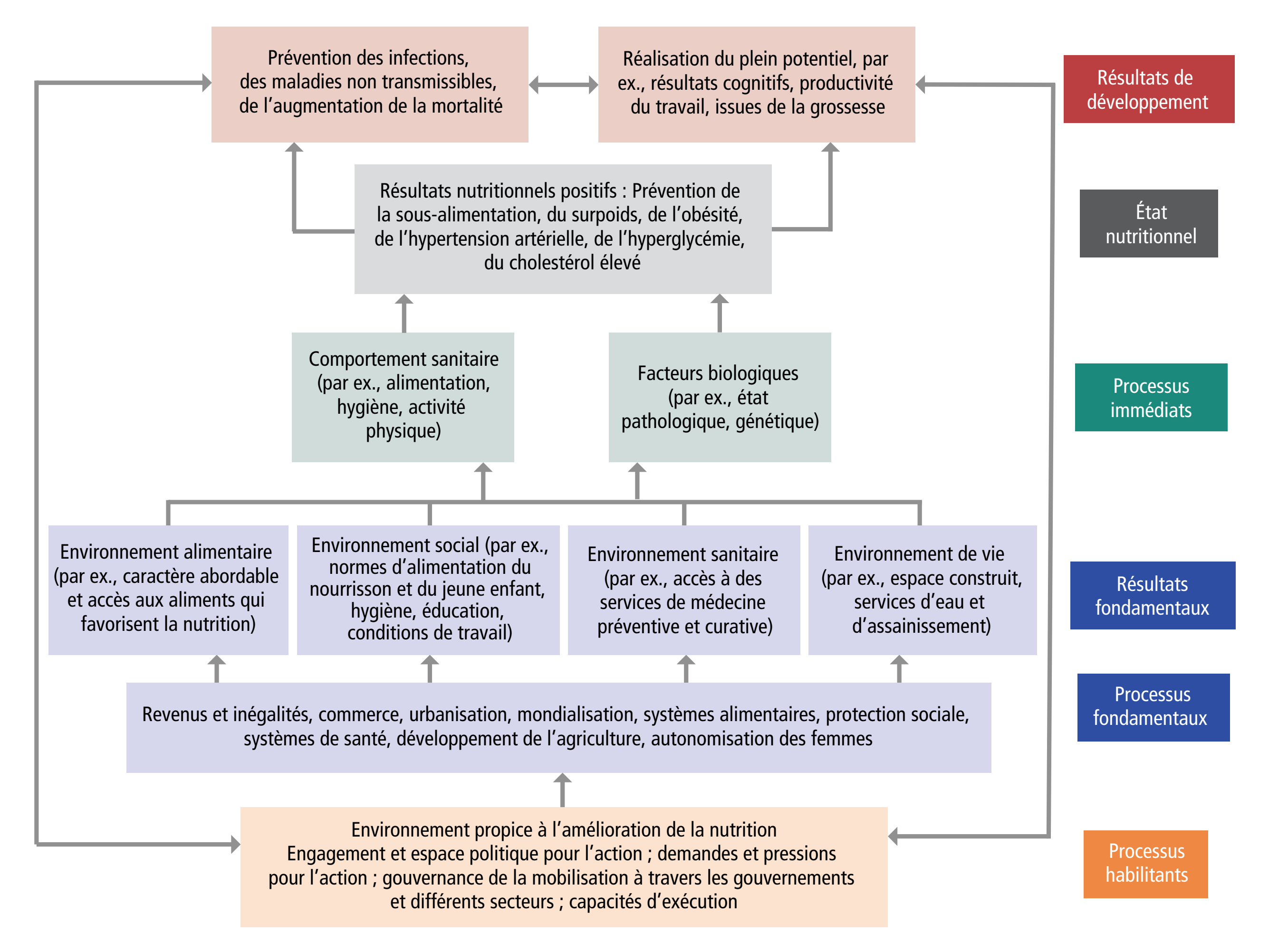
- Sur l'ensemble de ces vecteurs, donner aux femmes le pouvoir de prendre les décisions clés et de les influencer est essentiel à l'amélioration des résultats nutritionnels : une mère qui a terminé sa scolarité au niveau secondaire est moins exposée au risque d'avoir un enfant mal nourri.

- Le changement climatique — notamment les effets du phénomène météorologique El Niño de 2015-2016 — et les conflits ont très fortement accru la charge de la malnutrition aiguë sévère, soulignant ainsi l'impératif d'harmoniser les stratégies et la mise en œuvre de l'aide alimentaire humanitaire entre les différentes organisations actives dans le domaine.

- Nous avons une bonne compréhension de l'ensemble des vecteurs sous-jacents les plus susceptibles d'aider à réduire le retard de croissance, bien que leur importance relative varie en fonction des pays. L'analyse fournie dans ce chapitre aidera les pays à identifier les vecteurs sous-jacents auxquels il convient de donner la priorité.

- Les revenus, l'urbanisation et la mondialisation ont été identifiés comme autant de vecteurs sous-jacents de l'obésité et du surpoids, bien que des recherches plus poussées s'imposent afin de comprendre lesquels de ces vecteurs se retrouvent dans toutes les formes de malnutrition.

FIGURE 6.1 Les vecteurs sous-jacents de l'amélioration de l'état nutritionnel



Source : Auteurs.

Note : Les vecteurs sous-jacents combinent les résultats et processus fondamentaux.

l'espérance de vie des femmes comparée à celle des hommes et l'accès à des sources d'eau et à des services d'assainissement améliorés. Pour les autres formes de malnutrition, notamment le surpoids et l'obésité, les preuves sont plus complexes et contrastées.

L'importance des vecteurs sous-jacents vis-à-vis des efforts déployés pour réduire la sous-alimentation est manifeste dans deux dimensions fondamentales : en premier lieu, les interventions directes sur la sous-alimentation, même lorsque leur taux de couverture atteint 90 % dans 34 pays durement touchés, ont été observées comme agissant sur 20 % seulement des déficits de retard de croissance de ces pays (Bhutta et al. 2013). Le fossé à combler, en partie, par les vecteurs au niveau sous-jacent, est manifestement considérable. Deuxièmement, la Banque mondiale et l'Institut Results for Development ont estimé les coûts liés à l'atteinte des cibles de l'Assemblée mondiale de la Santé (AMS) d'ici 2025 par l'intensification des interventions directes pour la nutrition (dans le *Rapport sur la nutrition mondiale 2015* et dans celui de cette année, chapitre 7), sachant que ces estimations de coûts dépendent des hypothèses formulées par rapport aux contributions éventuelles des vecteurs sous-jacents. Si les vecteurs sous-jacents pouvaient contribuer davantage au fil du temps, il serait alors possible d'envisager une intensification plus lente des interventions directes pour la nutrition.

Plusieurs études ont produit des estimations qui rapprochent le retard de croissance d'une variété de vecteurs sous-jacents. Smith et Haddad (2015) ont analysé les variations entre un certain nombre de pays au fil du temps, tandis que Headey et Hoddinott (2014) et Headey (à venir) ont analysé ces variations au sein d'un pays donné au fil du temps[1]. La Figure 6.2 résume les contributions estimées au ratio taille-âge (standardisé) chez les moins de cinq ans par le même ensemble de vecteurs sous-jacents dans quatre pays d'Asie du Sud sur la décennie écoulée : Bangladesh, Inde, Népal et Pakistan[2]. Les avoirs, l'éducation des femmes et la défécation en plein air occupent une place prépondérante dans les quatre pays, reflétant ainsi l'étiologie multisectorielle du retard de croissance.

ENCADRÉ 6.1 ACTIONS SUSCEPTIBLES D'AVOIR AMÉLIORÉ L'ÉTAT NUTRITIONNEL AU GHANA

RICHMOND ARYEETEY, ESI COLECRAFT ET ANNA LARTEY

De 1988 à 2003, quatre enquêtes démographiques et sanitaires (EDS) successives menées au Ghana ont révélé une lente réduction des taux de retard de croissance chez les moins de 5 ans, la prévalence demeurant néanmoins supérieure à 30 %. Après 2008, cependant, la chute du retard de croissance s'est accélérée, tandis que l'enquête EDS de 2014 n'annonçait plus qu'une prévalence de 19 % (GSS et al. 2015).

Ces améliorations sont, selon toute vraisemblance, le résultat de la stabilité politique et d'une croissance économique plus rapide. Le processus démocratique paisible du Ghana est devenu un modèle pour l'Afrique. Depuis 1992, les gouvernements ont changé démocratiquement, sans interruption majeure des programmes sociaux. D'un autre côté, la croissance économique du Ghana s'est accélérée de 5 % en 2009 à un pourcentage bien supérieur en 2010-2013, pour revenir à 5 % en 2014. La croissance économique n'est pas nécessaire ou suffisante pour réduire la sous-alimentation, mais elle y contribue, en particulier si elle est généralisée, parce qu'elle permet aux familles d'acheter des intrants nutritionnels de meilleure qualité et en plus grande quantité tout en aidant le gouvernement à assurer davantage de services publics grâce à l'augmentation des recettes fiscales.

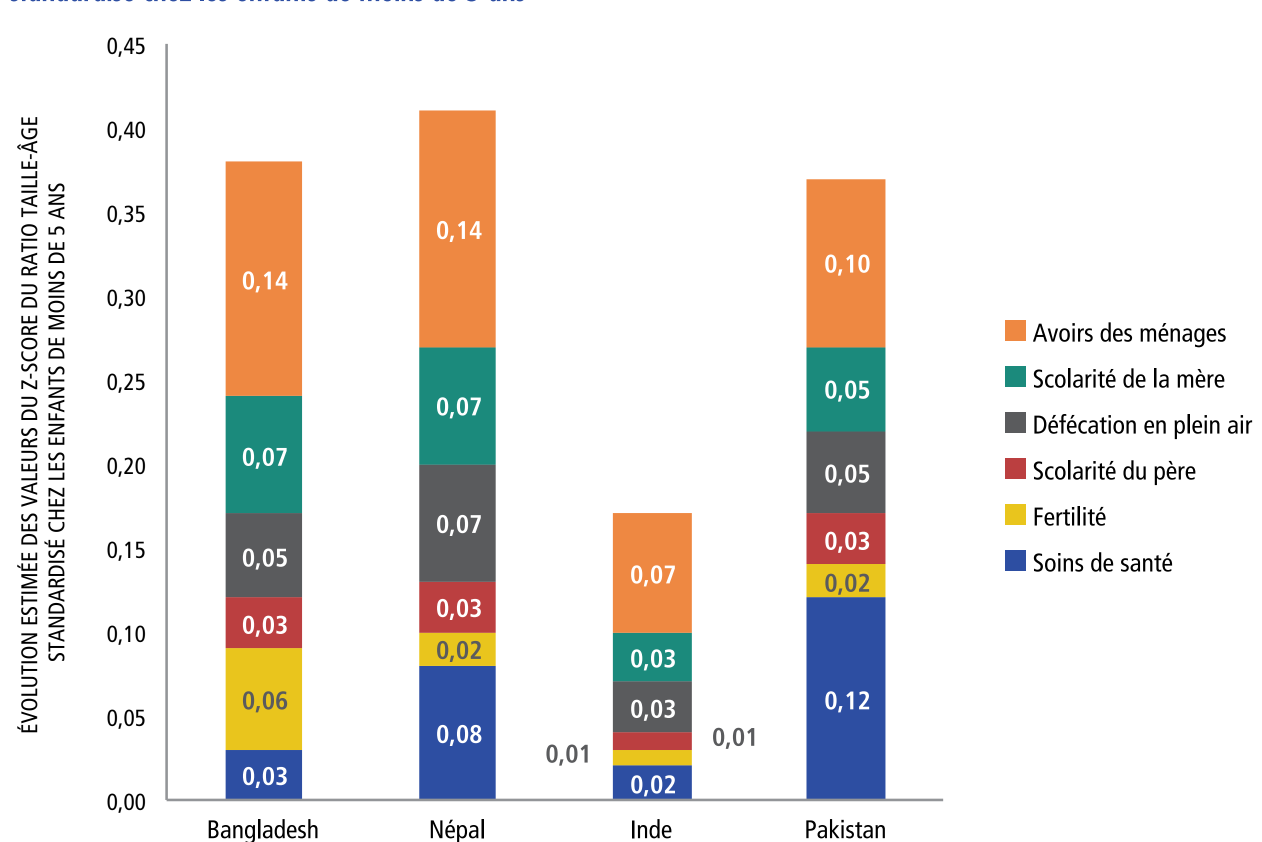
En plus des changements intervenus dans les vecteurs politiques et économiques sous-jacents, le Ghana a mis en œuvre un vaste éventail de politiques et interventions influant sur les causes immédiates et sous-jacentes de la sous-alimentation, parmi les suivantes :

- Depuis 2008, le gouvernement a augmenté la couverture de ses interventions portant sur les soins prénatals ciblés et la distribution gratuite de moustiquaires traitées par insecticide aux femmes enceintes. La maigreur maternelle (soit un indice de masse corporelle inférieur à 18,5) a nettement diminué au Ghana, de 8 % en 2008 à 6 % en 2014.
- Au cours de la décennie écoulée, la mise en œuvre de la gestion de la malnutrition aiguë à l'échelle des communautés a elle aussi été intensifiée, mais pas encore dans tous les établissements.
- Le ministère de la Santé a adopté, en 2007, une stratégie sanitaire exhaustive « centrée sur l'enfant » (Ghana, Ministry of Health 2007). Cette mesure a donné lieu à l'augmentation de la couverture des interventions axées sur la prévention et la maîtrise du paludisme, l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide, le traitement intermittent du paludisme pendant la grossesse et le traitement immédiat de la fièvre chez l'enfant. La mise en œuvre de ces interventions s'est améliorée tant régulièrement que de façon substantielle, entraînant une baisse des taux de fièvre au fil du temps. Des réductions comparables ont été observées sur le plan de la diarrhée et des infections respiratoires aiguës (IRA) chez l'enfant. Les enquêtes ont également décelé une intensification des interventions efficaces telles que les solutions de zinc et de réhydratation orale pour le traitement de la diarrhée, les antibiotiques pour les IRA et la vaccination des enfants âgés de 12 à 23 mois. Ces facteurs ont très certainement contribué aux avancées importantes du Ghana par rapport au fardeau des infections et maladies.
- L'agriculture représente la plus grande part du PIB ghanéen (Ghana, Ministry of Food and Agriculture 2010). Le Ghana est l'un des rares pays d'Afrique subsaharienne à avoir atteint la cible 1C de l'Objectif du Millénaire pour le développement sur la réduction de la faim et de la pauvreté (FAO 2015a). La politique agricole du Ghana met l'accent sur le développement de l'agriculture rurale, l'irrigation, les variétés de cultures améliorées et la distribution d'intrants aux familles d'agriculteurs (Ghana, Ministry of Food and Agriculture 2010). Les interventions agricoles se sont progressivement orientées vers la nutrition vantant les bienfaits des jardins potagers plantés de semences riches en nutriments telles les patates douces à chair orange, de la plantation d'arbres fruitiers, et de l'élevage de petits ruminants, escargots et volailles.
- Le Ghana a institué des mesures de protection sociale. Le régime national d'assurance-maladie (National Health Insurance Scheme), lancé en 2003, a permis de supprimer les obstacles financiers à l'accès aux soins de santé, la couverture des ménages démunis, la baisse des primes d'assurance, pour un accès accru à des soins de santé de première qualité (Saleh 2013). Le programme de transfert social (Livelihood Empowerment against Poverty) distribue à l'heure actuelle des dons en argent à plus de 80 000 ménages ultra-pauvres (Roelen et al. 2015). La couverture maternelle gratuite pour les soins prénatals, les accouchements et les soins post-natals précoces a été instaurée en 2010 pour encourager les femmes à consulter en vue d'obtenir des soins de grossesse et d'accouchement adaptés. Le programme national de restauration scolaire à base de produits locaux (Homegrown National School Feeding Program) sert un repas chaud par jour aux enfants fréquentant les écoles ciblées dans près de 200 districts (Ofei-Aboagye 2013).
- Le gouvernement s'est doté d'une politique sur l'éducation de base gratuite et les bourses d'habilitation. Les enquêtes sur les niveaux de vie (2000, 2008 et 2014) menées au Ghana semblent suggérer des améliorations régulières sur le plan de l'éducation des femmes. La proportion de femmes de 15 ans et plus n'ayant jamais fréquenté l'école a enregistré une baisse marginale (de 41 % à 38 %) entre 2000 et 2008, mais plus marquée, à 24 % en 2014 (GSS 2014). D'autre part, entre 2000 et 2008, le taux d'alphabétisation des femmes est passé de 27 % à 31 % (GSS et al. 2015). La proportion des femmes dans les établissements secondaires ou supérieurs reste faible (12 %), tout en ayant doublé depuis 2000.

En dépit des avancées enregistrées, des possibilités et des difficultés demeurent. La politique agricole pourrait être davantage orientée vers les résultats nutritionnels, il conviendrait d'inverser le déclin récemment observé sur le plan de l'allaitement maternel exclusif, tandis que la qualité de l'alimentation des nourrissons et jeunes enfants gagnerait à être très nettement améliorée. En outre, la réduction des taux de retard de croissance n'est pas répartie de façon équitable. À titre d'exemple, la région septentrionale déplore 30 % de retard de croissance, contre 10 % dans la région du Grand Accra. Enfin, malgré l'appui que portent les politiques publiques aux interventions en faveur de la nutrition, l'engagement financier demeure sous-optimal (Laar et al. 2015).

Qui plus est, les taux de facteurs de risque de l'obésité et des maladies non transmissibles s'affichent à la hausse. La prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité chez les adultes (indice de masse corporelle supérieur ou égal à 25) est passée de 30 % à 34 % entre 2010 et 2014 (OMS 2014b). Les femmes affichent les taux les plus élevés : 44 % en 2014. L'hypertension adulte est également très répandue — 42 % en 2008. La politique nationale de 2012 pour la prévention et la maîtrise des maladies chroniques non transmissibles (National Policy for the Prevention and Control of Chronic Non-communicable Diseases) ne semble pas avoir été mise en œuvre.

FIGURE 6.2 Contributions des différents facteurs sous-jacents aux réductions estimées du ratio taille-âge standardisé chez les enfants de moins de 5 ans



Source : Headey (à venir).

Dans une analyse plus qualitative des taux de réduction rapide du retard de croissance au Ghana (de plus de 30 % en 2003 à 19 % en 2014), l'Encadré 6.1 illustre le rôle important joué par une série de facteurs sous-jacents, en particulier si on les combine avec les améliorations dans la couverture d'interventions plus directes pour la nutrition.

Une série différente de vecteurs sous-jacents a été examinée pour les facteurs de risque et les marqueurs de maladies non transmissibles (MNT) liées à la nutrition : indice de masse corporelle (IMC), taux de surpoids et d'obésité, glycémie à jeun, tension artérielle systolique et cholestérol sérique total à jeun.

Un éventail d'études comparatives de pays examine directement la relation entre certains vecteurs sous-jacents et les résultats de l'IMC, du surpoids et de l'obésité. Certaines des conclusions sont présentées ci-après :

- Pour le revenu, ces études révèlent une corrélation positive entre le revenu national et l'obésité pour les pays à revenu faible et intermédiaire (par ex., Ruel et Alderman 2013). Il existe un rapport positif entre les avoirs du ménage et l'obésité chez la femme, atteignant près de 7 000 dollars, niveau au-delà duquel la courbe s'aplanit (Goryakin et Suhrcke 2014). De façon comparable, pour un grand nombre de pays affichant des niveaux de revenu faible, intermédiaire et élevé, Danaei et al. (2013) déclarent que l'IMC adulte croît avec le revenu national par habitant pour atteindre à peu près 7 000 dollars, avant de se stabiliser. Toutefois, Neuman et al. (2014), en se servant des données EDS des pays à revenu faible et intermédiaire, ne décèlent aucune corrélation entre le revenu national et l'IMC moyen. Pour l'éducation, les études révèlent une corrélation positive avec le surpoids chez la femme, avec un risque à la baisse pour celles dont le niveau scolaire est plus élevé (Mamun et Finlay 2015, d'après les enquêtes EDS des pays à revenu faible et intermédiaire).
- L'environnement de vie, en particulier en milieu urbain, révèle une relation constante avec ces résultats nutritionnels. Pour une vaste catégorie de pays, vivre en milieu urbain s'accompagne d'une corrélation positive avec le surpoids chez la femme (Goryakin et Suhrcke 2014 ; Goryakin et al. 2015), l'IMC adulte (Danaei et al. 2013) et la cardiopathie ischémique (Harrington et Elliott 2009 ; Green et al. 2016). Des données factuelles provenant d'Amérique latine semblent suggérer que les environnements alimentaires sont de plus en plus dominés par des produits « ultra-transformés », sous la poussée de vecteurs sous-jacents tels l'urbanisation, le revenu et la déréglementation des marchés (OPS 2015b).

- Pour la mondialisation, ces études présentent des directions et des forces contradictoires de la corrélation entre divers indicateurs de globalisation et les résultats liés à la fois à l'obésité et aux MNT. Ainsi, sur le libre-échange, Neuman et al. (2014) ne trouvent aucune corrélation avec l'IMC, alors que Miljkovic et al. (2015) détectent des corrélations positives avec l'obésité. Pour l'investissement direct étranger, Neuman et al. (2014) ne trouvent aucune corrélation avec l'IMC, et Miljkovic et al. (2015) n'en trouvent aucune avec l'obésité. Pour les indices de mondialisation, Goryakin et al. (2015) trouvent une corrélation plus forte entre le surpoids/l'obésité et les dimensions sociales et politiques de la mondialisation, par comparaison avec les dimensions économiques.

Un travail plus poussé mériterait d'être réalisé consistant à unifier un certain nombre de résultats de recherches empiriques sur les vecteurs sous-jacents de l'obésité et des MNT liées à la nutrition et leurs facteurs de risque. La réplication des études comparatives de pays, des données de meilleure qualité, de même que des méthodes analytiques évoluées s'imposent pour augmenter la confiance dans ces résultats. Il nous faut par ailleurs mieux comprendre les points de cooccurrence des vecteurs sous-jacents pour la sous-alimentation avec l'obésité et les MNT liées à la nutrition.

ACTIONS VISANT À RENFORCER LA CONTRIBUTION DES VECTEURS SOUS-JACENTS À L'AMÉLIORATION DE LA NUTRITION

Dans cette section, nous passons en revue les actions susceptibles de renforcer la contribution des vecteurs sous-jacents, résultats et processus détaillés dans la Figure 6.1 pour améliorer l'état nutritionnel. Pour ce faire, nous nous intéressons à trois options possibles : 1) en modifiant le taux de progression des vecteurs sous-jacents, 2) en les refondant pour les orienter vers l'atteinte de résultats nutritionnels, et 3) en les utilisant comme plateformes au service des interventions directes pour la nutrition.

ACCÉLÉRER LE TAUX DE PROGRESSION DES VECTEURS SOUS-JACENTS

Les différents moyens d'orienter la progression des vecteurs sous-jacents illustrés en Figure 6.1 de sorte qu'ils aident à réduire la sous-alimentation sont bien connus et ont été articulés dans nombre d'articles et autres rapports. Le moyen d'atteindre la sécurité alimentaire nationale et des ménages consiste à combiner les investissements dans l'agriculture (par ex., Godefroy et al. 2010 à l'échelle mondiale), les programmes de dépaupérisation (Devereux 2015 pour l'Afrique subsaharienne ; Dutta et al. 2012 pour l'Inde) et les politiques alimentaires (Bray et Popkin 2014 pour les États-Unis ; Rocha 2016 pour le Brésil). La généralisation de services améliorés d'eau et d'assainissement (Fuller et al. 2016 à l'échelle mondiale ; Duflo et al. 2015 pour l'Inde) est tributaire du niveau de développement et de la gouvernance (Smith et Haddad 2015). L'accès à des soins de santé améliorés dépendra du leadership politique, de la réforme des systèmes de santé et des investissements tant publics que privés (par ex., Savedoff et al. 2012 pour les États-Unis ; Frenk 2015 pour l'Amérique latine ; Reddy 2015 pour l'Inde). La participation des femmes est fondamentale au renforcement de la contribution de tous ces vecteurs sous-jacents à l'amélioration des résultats nutritionnels (Cunningham et al. 2015 ; Carlson et al. 2015 ; Rollins et al. 2016).

Cependant, quelle est la méthode la plus efficace pour encourager des engagements stratégiques au niveau sous-jacent ? En tenant compte des données factuelles récemment mises à disposition, nous nous intéressons ici au retard de croissance et à six vecteurs sous-jacents (Smith et Haddad 2015). Afin d'aider les pays à identifier de façon plus stratégique les vecteurs sous-jacents à la traîne par rapport à d'autres, nous établissons des seuils pour ces vecteurs, au-delà desquels le retard de croissance est supérieur à 15 %. Un seuil de retard de croissance de 15 %, bien qu'arbitraire, correspond néanmoins à la prévalence approximative du retard de croissance en 2015 pour 100 millions d'enfants affectés par cette condition — la cible de l'AMS pour le retard de croissance à l'horizon 2025 (IFPRI 2014). Les seuils des vecteurs sous-jacents sont calculés selon une méthode simple : nous traçons une droite sur un graphique de corrélation pour le retard de croissance et chacun des

TABLEAU 6.1 Seuils des vecteurs sous-jacents correspondant à un taux de retard de croissance anticipé de moins de 15 %

Vecteur sous-jacent	Seuil correspondant à une prédiction de < 15 % de la prévalence du retard de croissance	Unité
Apport calorique total dans l'alimentation par habitant	2 850	Calories
Calories provenant d'aliments autres que les denrées de base	51	Pourcentage
Accès à une eau améliorée	69	Pourcentage
Accès à des installations sanitaires améliorées	76	Pourcentage
Taux d'inscription des filles au secondaire	81	Pourcentage
Ratio entre l'espérance de vie des femmes et des hommes (en tant que variable de l'autonomisation des femmes)	1,072	Ratio

Source : Auteurs

TABLEAU 6.2 Nombre de pays par nombre de vulnérabilités

Nombre de vulnérabilités	Nombre de pays	Nom des pays (*n* = 98)
0	6	Argentine, Arménie, Belarus, Brésil, Turquie, Venezuela
1	14	Albanie, Barbade, Belize, Chili, Colombie, Équateur, États-Unis, ex-République yougoslave de Macédoine, Japon, Kazakhstan, Mexique, Monténégro, Serbie, Uruguay
2	14	Afrique du Sud, Algérie, Azerbaïdjan, Costa Rica, Égypte, Guyana, Honduras, Iran, Jordanie, Kirghizistan, République dominicaine, Suriname, Thaïlande, Tunisie
3	14	Chine, El Salvador, Guatemala, Iraq, Jamaïque, Malaisie, Maldives, Mongolie, Panama, Paraguay, Pérou, République de Moldova, Sri Lanka, Tadjikistan
4	4	Botswana, Maroc, Philippines, Sao Tomé-et-Principe
5	11	Bénin, Bolivie, Cambodge, Ghana, Indonésie, Mauritanie, Namibie, Nicaragua, Ouganda, République centrafricaine, Vanuatu
6	35	Angola, Bangladesh, Burkina Faso, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Djibouti, Éthiopie, Gabon, Gambie, Guinée, Guinée-Bissau, Îles Salomon, Inde, Kenya, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Mali, Mozambique, Népal, Niger, Nigéria, Pakistan, République démocratique populaire lao, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Swaziland, Tanzanie, Tchad, Timor-Leste, Togo, Zimbabwe

Source: Auteurs.

vecteurs sous-jacents, au moyen des données fournies par tous les pays qui en publient pour les six vecteurs sous-jacents. Le seuil pour, disons, l'apport calorique par personne et par jour, est calculé en fonction du contenu calorique au-dessus duquel il nous est possible d'estimer un taux de retard de croissance — en moyenne — de moins de 15 % (2 850 calories). Ce calcul est reproduit pour les six vecteurs sous-jacents (Tableau 6.1).

Ces seuils peuvent servir de point de départ utile pour les pays qui veulent commencer à réfléchir à des cibles pour leurs vecteurs sous-jacents — au moins pour la réduction du retard de croissance[3]. Ces seuils varieront pour les autres résultats nutritionnels, notamment le surpoids chez les moins de cinq ans. Pour les pays accusant des niveaux importants de sous-alimentation et de surpoids/obésité, il conviendra d'interpréter avec prudence le seuil d'apport calorique.

Lorsqu'un pays présente des niveaux de déterminants sous-jacents en deçà des seuils présentés dans le Tableau 6.1, il devient alors possible d'en déduire une vulnérabilité au retard de croissance dans ce domaine sous-jacent. Le Tableau 6.2 classe les pays en fonction de leurs vulnérabilités. Pour les pays affichant zéro ou six vulnérabilités, l'exercice n'a pas grande utilité pour l'établissement des priorités, bien qu'il permette néanmoins, pour information, d'attribuer des valeurs à ces vecteurs sous-jacents au même endroit (Tableau annexe A6.1).

L'objet ici devrait bien sûr être d'améliorer tous les vecteurs sous-jacents en même temps, mais du fait de la rareté des ressources et de leurs utilisations alternatives, il importe de se munir de certaines informations qui viendront alimenter le processus d'établissement des priorités

RÉORIENTER LES VECTEURS SOUS-JACENTS VERS L'ATTEINTE DE RÉSULTATS NUTRITIONNELS

Les *Rapports sur la nutrition mondiale* de 2014 et 2015 fournissaient des exemples d'interventions dans l'agriculture et la protection sociale qui se sont efforcés de réorienter les vecteurs sous-jacents vers l'atteinte de résultats nutritionnels. Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2014* décrivait les résultats d'évaluation de l'impact du Programme de jardins familiaux Helen Keller International au Burkina Faso et identifiait les principaux attributs qu'il importait de prendre en compte pour renforcer les impacts nutritionnels. Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2015* mettait en lumière les efforts du Programme éthiopien de filet de sécurité sociale productif pour faire en sorte que cette intervention à grande échelle contribue davantage à la nutrition. Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2015* énonçait des politiques et des interventions, ainsi que des indicateurs pour les systèmes alimentaires en faveur de la nutrition. Cependant, à ce jour, les *Rapports sur la nutrition mondiale* sont demeurés relativement silencieux quant aux méthodes susceptibles d'axer davantage sur la nutrition les politiques et interventions dans les systèmes alimentaires, le secteur eau, assainissement et hygiène et le secteur de l'éducation.

Systèmes alimentaires

Le système alimentaire est vital pour les choix nutritionnels, en ce sens qu'il est un vecteur sous-jacent de la disponibilité, du caractère abordable, de l'accès et de l'acceptabilité des produits alimentaires. Le système alimentaire couvre l'agriculture, la distribution et la transformation des aliments, et le commerce de détail, ainsi que les consommateurs.

Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2015* a examiné différents types de systèmes alimentaires et mis au point un tableau de bord des indicateurs visant à établir leur contribution à la nutrition. Cependant, de quelle façon les décideurs et la société civile s'y prennent-ils pour induire ces changements ? Des choix sont possibles dans divers domaines politiques. Le type de système agricole et commercial dont dispose une population détermine la qualité nutritionnelle des aliments disponibles (FAO 2015a). Si ces systèmes incitent la population à la productivité et à la production de fruits et légumes, il y a alors plus de chance que ces denrées soient produites et deviennent profitables, accessibles et abordables. Le type de système de distribution des aliments influera sur l'accessibilité des différents produits alimentaires. Si, par exemple, les aliments frais sont davantage disponibles dans des endroits accessibles seu-

lement en voiture ou par les transports publics, les franges les plus marginalisées de la population seront particulièrement pénalisées. Si les aliments frais sont bien meilleurs marché en vrac, ils seront moins abordables pour les plus pauvres. Si la transformation des produits alimentaires inspire les notions de désirabilité associées à des produits à forte teneur en sel, en sucre et en gras et y contribue, alors c'est toute une population qui se retrouve exposée au risque de consommer ces composants alimentaires en trop grande quantité. Si le pouvoir d'achat est amélioré par des programmes de protection sociale qui favorisent la consommation d'aliments sains, alors le système alimentaire contribuera à la création d'un environnement alimentaire qui facilite à la population le choix d'une alimentation plus saine. Chacune de ces composantes du système alimentaire est structurée, en partie, par les politiques publiques et privées (cf. chapitres 4 et 7 du *Rapport sur la nutrition mondiale 2015*).

Le Tableau 6.3 illustre la façon dont la prise d'actions à travers les systèmes alimentaires — pas seulement dans l'agriculture — peut pousser ces derniers à aider et encourager les populations à consommer davantage d'aliments nutritifs et sains. Il comporte seulement quelques-uns des vastes changements potentiels susceptibles d'être amorcés. Axé sur un petit nombre de changements alimentaires recommandés et seulement sur quatre éléments différents du système alimentaire, il démontre l'importance de faire en sorte que les actions soient alignées pour un effet plus percutant à travers les systèmes alimentaires. Les politiques qui visent à faire changer la demande des consommateurs en matière d'alimentation influent elles aussi sur les systèmes alimentaires. Certaines de ces politiques sont présentées dans le chapitre 5 en plus d'être abordées dans le *Rapport sur la nutrition mondiale 2015*.

Une action à considérer dans l'élément distribution d'aliments du système alimentaire concerne la passation de marchés publics. L'Encadré 6.2 sur les processus de passation de marchés publics contribuant à la nutrition cite l'approche adoptée par le Brésil et reprise sous différentes formes par de nombreux autres pays du monde.

Une action possible dans l'élément agriculture du système alimentaire concerne le bio-enrichissement. Il a été estimé qu'en 2016, 15 millions de personnes cultivaient et consommaient des

TABLEAU 6.3 Quelques changements susceptibles d'être apportés dans les systèmes alimentaires pour atteindre les objectifs dans le domaine de l'alimentation

Objectif alimentaire	Élément du système alimentaire			
	Production alimentaire	Stockage, transport, distribution alimentaire	Investissement et commerce alimentaire transfrontalier	Transformation et emballage alimentaire
Augmenter la consommation de fruits et de légumes	Investir dans des systèmes de culture mixte et intégrée dans les régions où les marchés sont peu développés	Investir dans des infrastructures de distribution afin de permettre l'établissement de marchés locaux pour les groupes à faible revenu ; développer des mécanismes de passation de marchés publics de sorte que les fruits et légumes soient servis dans les institutions publiques	Utiliser l'Initiative pour l'aide au commerce ou le Cadre intégré renforcé de l'Organisation mondiale du commerce dans les partenariats commerciaux de sorte à augmenter l'offre de fruits et de légumes dans les pays à faible revenu	Développer les micro-entreprises pour la transformation locale afin de réduire le gaspillage
Augmenter la consommation de légumes/légumineuses	Améliorer les variétés de sorte à accroître les rendements	Former les agriculteurs aux pratiques de gestion de sorte à réduire les pertes attribuables, durant le stockage, aux dommages causés par les insectes/au séchage inapproprié	Sauvegardes visant à prévenir les distorsions qui découragent la production locale et le commerce régional des légumes	Développer des farines de haricots à cuisson rapide
Augmenter la consommation de grains riches en protéines, micro-nutriments et fibres	Inciter les populations à la production de grains sous-utilisés ; promouvoir le bio-enrichissement au moyen de la sélection conventionnelle	Développer des technologies de battage et de broyage plus efficaces pour les grains sous-utilisés	Veiller à ce que les politiques appuient le libre-échange régional dans les régions où les pays voisins produisent des grains sous-utilisés	Établir des normes et des incitations commerciales pour l'utilisation des grains complets dans les produits alimentaires transformés ; développer de nouveaux produits alimentaires à partir de denrées sous-utilisées
Encourager la consommation équilibrée de lait sain	Améliorer la disponibilité de services de santé vétérinaires ; faire en sorte que les femmes jouissent de la propriété des animaux qu'elles traient	Investir dans des infrastructures permettant le transport sans danger du lait de la ferme au centre de refroidissement	Veiller à mettre en place des contrôles efficaces de la sécurité alimentaire sur la poudre de lait importée	Former les transformateurs de lait aux pratiques d'assurance sécurité et qualité alimentaire
Remplacer les gras trans et saturés par des gras insaturés	Passer des investissements dans l'huile de palme à des investissements dans des huiles dotées de profils d'acides gras plus sains	Encourager les coopératives entre les producteurs d'huiles plus saines afin de faire baisser les prix	Réduire les tarifs douaniers sur les huiles plus saines par rapport aux huiles contenant des gras saturés	Interdire les investissements publics et dissuader les investissements privés dans les installations qui produisent des huiles hydrogénées
Réduire la consommation de boissons sucrées et d'encas salés à forte teneur en calories et pauvres en nutriments	Recourir aux lois sur la concurrence pour lutter contre la concentration excessive dans le secteur de l'agro-industrie	Taxer le transport de boissons sucrées et d'encas salés à forte teneur en calories et pauvres en nutriments	La Commission du Codex Alimentarius établit des directives internationales pour des étiquetages nutritionnels respectueux du consommateur	Mandater la réduction de toutes les tailles d'emballage de boissons sucrées vendues dans les commerces de détail

Source : Auteurs, adapté des informations fournies dans Anand et al. (2015) ; Bereuter et Glickman (2015) ; Schutter (2014) ; Fanzo et al. (2013) ; FAO (2013) ; Panel mondial sur l'agriculture et les systèmes alimentaires pour la nutrition (GLOPAN 2014) ; Hawkes et Ruel (2010) ; Hawkes (2015) ; Nugent (2011) ; UNSCN (2014).

ENCADRÉ 6.2 RÉORIENTER LES PROCESSUS DE PASSATION DE MARCHÉS PUBLICS VERS LA NUTRITION : LE CAS DU BRÉSIL

DANIEL BALABAN ET MARIANA ROCHA

Le Brésil a connu, ces dernières décennies, des changements structurels qui ont radicalement transformé son paysage nutritionnel. Ces transformations sont le résultat d'une forte mobilisation tant par la société civile que par le gouvernement, visant à combattre la faim à travers un éventail de mécanismes, parmi lesquels le recours aux processus de passation de marchés publics en tant que politique contribuant à la nutrition.

Le Brésil a entrepris un processus de démocratisation dans les années 1980, qui a culminé avec l'adoption d'une nouvelle constitution en 1988. Cet instrument, baptisé Constitution citoyenne, reconnaissait de multiples droits économiques et sociaux, notamment le droit à la santé, à l'éducation, au logement et à la protection sociale. Dans le cadre de cette démarche vers une plus grande garantie des droits et la mobilisation sociale, la société civile a commencé à attirer l'attention sur la question de la faim. En acheminant les dons à ceux qui en avaient le plus besoin, tout en dénonçant en même temps le manque d'attention du gouvernement à la question, les mouvements sociaux sont parvenus à inscrire la faim dans le programme gouvernemental. En 1993-1994, le Conseil national pour la sécurité alimentaire et nutritionnelle (CONSEA) a réuni les acteurs gouvernementaux et de la société civile dans le but de conseiller le président sur les moyens de faire avancer cet agenda, mais cet organe a été dissous à la suite d'un changement de gouvernement.

Au cours des années suivantes, le débat autour de la sous-alimentation a gagné en reconnaissance dans l'espace public, avant d'être repris dans le programme de certains partis politiques. En 2003, le gouvernement nouvellement élu a fait de la lutte contre la faim sa priorité principale, en l'assortissant d'une approche dédiée. La Stratégie Faim zéro (Fome Zero) rassemblait plus de 20 initiatives articulées autour de quatre axes d'intervention consistant à lutter contre les causes et facettes multiples de la faim : l'accès à l'alimentation, le renforcement des petits producteurs agricoles, la génération de revenus et le contrôle social. Compte tenu de l'attention accordée à la participation de la société civile, le CONSEA a été réhabilité. Dans l'ensemble, cette stratégie est considérée comme une étape fondamentale vers la reconnaissance de l'alimentation et de la nutrition en tant que priorités de premier plan et intersectorielles sur l'agenda politique.

Le Programme d'acquisition de produits alimentaires (PAA) a été conçu dans cet esprit afin de créer des processus de passation des marchés publics à l'intention des petits producteurs agricoles. Grâce à un processus d'appel d'offres simplifié, le PAA permet aux petits paysans de fournir les aliments qui répondront aux besoins des communautés en situation d'insécurité alimentaire. Étant donné que les petits paysans qui participent au PAA produisent pour l'essentiel des produits frais ne subissant que peu ou pas du tout de transformation, les fruits et légumes comptent parmi les produits les plus achetés, contribuant ainsi à des habitudes alimentaires saines parmi les bénéficiaires. Le programme a ceci d'innovant qu'il crée un nouveau marché de première importance pour les petits producteurs qui éprouvent souvent bien des difficultés à accéder aux marchés et se retrouvent eux-mêmes dans des situations d'insécurité alimentaire. Tout en garantissant une nutrition améliorée aux groupes vulnérables, le PAA contribue par ailleurs à la sécurité alimentaire des petits producteurs en augmentant leurs revenus.

En 2009, ce modèle a été incorporé dans le Programme national de cantines scolaires (PNAE) existant. Celui-ci a été refondu afin de promouvoir les liens entre les petits exploitants, les produits alimentaires et l'information nutritionnelle dans l'éducation de base. Un quota de 30 % des ressources fédérales destinées aux cantines scolaires a dû être utilisé pour acheter des aliments auprès des petits exploitants. Les nouveaux critères nutritionnels exigent des repas nutritionnellement équilibrés pour tous les groupes d'âge, contenant des aliments cuits et frais tout en évitant les aliments transformés à forte teneur en sodium, gras et sucre. La nouvelle loi a également élargi les groupes d'âge ciblés en incluant la fourniture publique de compléments alimentaires aux enfants âgés de six mois à cinq ans dans les écoles maternelles et les crèches — où un maximum de 70 % des besoins nutritionnels quotidiens devraient être satisfaits.

Dans le cas du PAA comme dans celui du PNAE, la procédure d'appel d'offres facilitée est combinée à une assistance technique pour les petits agriculteurs souhaitant faire une soumission, harmonisant ainsi d'autres domaines publics avec la stratégie d'ensemble. Les autorités publiques, y compris les nutritionnistes, sont également encouragés à préparer des menus composés de produits locaux et à suivre le calendrier de production de sorte à rendre le processus de passation de marchés plus fonctionnel tant pour les institutions publiques que pour les agriculteurs.

Le PAA et le PNAE font aujourd'hui figure de référence internationale quant au moyen de combiner et de relier différents programmes dans l'optique de faire progresser la nutrition des groupes qui font souvent partie des plus vulnérables. L'expérience du Brésil est un bon exemple de la façon dont les processus d'appel d'offres pourraient être structurés de sorte à contribuer aux politiques sociales, à l'augmentation des revenus et à la promotion d'une plus grande inclusion. En plus de favoriser des chaînes d'approvisionnement plus courtes, qui tendent à se révéler plus durables et plus inclusives des pratiques culturelles locales, ces cadres contribuent directement à l'amélioration de la nutrition des petits producteurs et de leurs familles. En ce qui a trait au paysage institutionnel, le contexte dans lequel le PAA a été créé et le PNAE restructuré, fait ressortir la façon dont les actions coordonnées par différents secteurs du gouvernement peuvent s'en trouver mutuellement renforcées. Ce modèle est actuellement à l'étude dans plus de 30 pays en développement et a récemment été adopté par l'Union africaine. Le programme « Acheter aux Africains pour l'Afrique » mis en œuvre en Éthiopie, au Malawi, Mozambique, Niger et Sénégal sous la direction technique et experte de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture et du Programme alimentaire mondial est un exemple de la façon dont ce modèle est adapté par d'autres pays (PAA Afrique 2016).

ENCADRÉ 6.3 BIO-ENRICHISSEMENT : COMMENT PASSER À LA VITESSE SUPÉRIEURE ?

HOWARTH BOUIS

Le bio-enrichissement est un processus consistant à utiliser des techniques de culture sélective des plantes pour enrichir les cultures de denrées alimentaires de base avec des niveaux plus élevés de vitamine A, de zinc et de fer. Les variétés bio-enrichies ont un rendement élevé, sont profitables pour les agriculteurs et déjà disponibles dans un certain nombre de pays. Les évaluations fournissent plusieurs exemples d'efficience et d'efficacité nutritionnelle (van Jaarsveld et. al. 2005 ; Hotz et al. 2012 ; Beer et al. 2014 ; De Moura et al. 2014), de même qu'un nombre croissant d'institutions nationales et internationales intègrent le bio-enrichissement dans leurs politiques et programmes. Les États africains et asiatiques, la Banque mondiale, le Programme alimentaire mondial et l'organisation World Vision sont de plus en plus convaincus de l'importance du rôle que les cultures bio-enrichies peuvent jouer en matière d'amélioration de l'état nutritionnel des plus vulnérables. Le Centre international de la pomme de terre a lui aussi joué un rôle décisif en élargissant l'accès aux patates douces à chair orange à travers ses programmes et autres réseaux.

Le principal défi à relever pour atteindre 1 milliard des individus les plus démunis souffrant de carences en micronutriments consiste à créer une demande soutenue pour ces produits. La forte demande de cultures bio-enrichies, tant parmi les consommateurs que les décideurs, est l'assurance ultime que le bio-enrichissement sera intégré dans les programmes de recherche en agriculture. Les difficultés éprouvées jusque-là pour son adoption concernent : 1) la couleur des produits pour les cultures à forte teneur en provitamines A, qui sont jaunes ou orange, contrairement aux teintes plus pâles de variétés comparables non fortifiées, et 2) la perception fréquente que les cultures bio-enrichies son génétiquement modifiées, alors que toutes les cultures officiellement autorisées à ce jour par les systèmes nationaux de semences ont été produites au moyen de techniques de culture sélective traditionnelles. L'expérience a prouvé que lorsque l'information est communiquée aux mères, aux agriculteurs et aux décideurs, ces barrières finissent par tomber.

L'objectif visant à atteindre 1 milliard de bénéficiaires nécessitera la répétition dans 25 à 30 autres pays (avec un accent particulier sur les pays densément peuplés de l'Asie — ainsi qu'un accent sur le riz et le blé) de ce qui a bien fonctionné jusqu'ici dans 8 pays cibles. La démarche implique par ailleurs l'intensification de l'appui politique parmi un certain nombre d'institutions nationales, régionales et internationales et l'augmentation du nombre d'organisations présentes dans ces 25 à 30 pays dont la tâche consistera à intégrer le bio-enrichissement dans leurs activités de base, un processus déjà en cours.

La première étape est le plaidoyer, afin de commencer à créer la demande pour ces produits tant de la part des décideurs que des consommateurs et des chercheurs. La deuxième étape consiste à établir une réserve spécifique à chaque contexte national pour la distribution de cultures bio-enrichies à fort rendement et au potentiel financier élevé à travers le système national de recherche en agriculture, les entreprises privées de distribution de semences, ou les deux. L'intervention des centres de recherche du CGIAR à l'appui de ce processus est fondamentale, tant en aval par la culture sélective des plantes que par le biais de leurs réseaux étendus et établis de longue date avec les institutions de recherche en agriculture dans les pays en développement. Enfin, les politiques de subventions alimentaires pourraient donner la préférence à l'utilisation de denrées alimentaires bio-enrichies. Dans le cas des cultures à base de provitamines A (orange/jaunes), il importe d'informer les consommateurs des raisons expliquant le changement de couleur au moyen de programmes gouvernementaux et de publicités du secteur privé. Dans le cas des cultures enrichies en fer et en zinc, la stratégie optimale consistera à capter un pourcentage aussi élevé que possible de l'offre totale en relayant auprès des agriculteurs le caractère à forte teneur en fer et en zinc associé à la productivité la plus élevée, ainsi que les variétés les plus adaptées au changement climatique.

Quoi qu'il en soit, des moyens doivent encore être déployés — pour les actions de plaidoyer, la création de la demande et la recherche en agriculture — afin d'aider l'intégration du bio-enrichissement à passer à la vitesse supérieure. Dans les huit pays cibles actuels, les bailleurs de fonds ont appuyé financièrement l'amorce du processus de distribution, la prise en compte des enseignements et la vérification des principes pour atteindre les 15 premiers millions de bénéficiaires. Toutefois, ce financement n'est pas illimité. Au contraire, l'intégration spontanée, telle que décrite ci-dessus, s'impose pour espérer voir le bio-enrichissement se répandre plus largement.

aliments enrichis (haricots et millet perlé bio-enrichis en fer, riz et blé enrichis en zinc, ainsi que patates douces, manioc et maïs enrichis en vitamine A) dans les huit pays où, par exemple, ces cultures ont été introduites pour la première fois grâce à une collaboration avec HarvestPlus. Ces cultures en sont désormais au stade d'intensification. L'Encadré 6.3 met en exergue certains des défis de l'intensification et les moyens de les contourner.

Eau, assainissement et hygiène

La reconnaissance du rôle fondamental que jouent les mauvaises pratiques dans le secteur de l'eau, assainissement et hygiène (WASH) dans l'installation et la perpétuation de la malnutrition est allée croissante ces dix dernières années (Bhutta et al. 2013 ; Ngure et al. 2014). Pour les enfants, les programmes WASH sont typiquement conçus pour soit prévenir la pénétration des matières fécales dans leur environnement, soit prévenir l'ingestion des

ENCADRÉ 6.4 FAIRE CONTRIBUER LES PROGRAMMES SUR L'EAU, L'ASSAINISSEMENT ET L'HYGIÈNE À LA NUTRITION

MDUDUZI MBUYA

Faire contribuer l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH) à la nutrition ne nécessite pas de changement de paradigme. Ce qu'il faut au contraire, c'est obtenir des interventionnistes et des planificateurs de programmes qu'ils adhèrent aux objectifs comportementaux WASH et alignent leurs programmes sur les multiples voies de transmission féco-orale auxquelles les populations cibles sont confrontées. Plus précisément, voici différents moyens de faire contribuer les programmes WASH à la nutrition :

1. **Mettre l'accent sur les résultats nutritionnels :** Les programmes WASH sont conçus par essence pour s'atteler aux vecteurs sous-jacents vitaux pour la nutrition et le développement du fœtus et de l'enfant. Ils contribuent par conséquent fondamentalement à la nutrition. Ils peuvent toutefois être exploités plus avant pour des actions en faveur de la nutrition lorsqu'ils sont mis en œuvre de sorte à protéger le temps dont disposent les femmes, réduire le temps qu'elles consacrent à aller chercher de l'eau afin d'avoir plus de temps pour s'occuper des enfants et les autres activités associées à une consommation améliorée (Pickering et Davis 2012 ; OMS, UNICEF et USAID 2015).

2. **Cibler les 1 000 premiers jours :** Les 1 000 premiers jours après la conception ont été identifiés comme une période critique dans le développement de l'enfant, en raison du processus rapide de la croissance linéaire, qui reflète le développement du cerveau. Les programmes WASH ciblés sur ce groupe d'âge ont par conséquent plus de chances d'atteindre des résultats nutritionnels et de prévenir les déficits développementaux associés à un retard de croissance précoce.

3. **Prêter attention aux liens de causalité entre les résultats WASH et nutritionnels:** Les mauvaises conditions WASH risquent d'influer sur l'état nutritionnel sous la forme de diarrhées et d'infections paralytiques. L'hypothèse a été émise récemment qu'un trouble intestinal sous-clinique appelé dysfonction entérique environnementale serait le principal vecteur de la corrélation entre les conditions WASH et le retard de croissance et l'anémie (Humphrey 2009). Le fait de se concentrer uniquement sur les issues de maladies cliniques pourrait par conséquent s'apparenter à une sous-estimation de l'impact des interventions WASH. À ce titre, les programmes WASH devraient être mis en œuvre selon des calendriers suffisamment souples pour permettre la réalisation et l'évaluation des changements dans les résultats nutritionnels de sorte à établir des résultats supplémentaires liés à l'incidence et à la prévalence de la diarrhée.

4. **Aligner les interventions WASH sur ces rapports de causalité :** Prévenir l'ingestion par les enfants de microbes fécaux au cours des 1 000 premiers jours devrait constituer un objectif exprès des programmes WASH contribuant à la nutrition. Des études effectuées en milieu rural au Zimbabwe (Ngure et al. 2013 ; Mbuya et al. 2015) et ailleurs semblent suggérer que les voies de transmission féco-orale chez les adultes diffèrent de celles des tout jeunes enfants qui tendent à tout mettre à la bouche et à se prêter à des jeux exploratoires — par exemple, géophagie et consommation de déjections de poulet. Ce résultat suggère que les interventions WASH (ou WASH bébé) contribuant à la nutrition devraient veiller à :
   - réduire la charge microbienne dans l'environnement par des mesures d'assainissement et d'hygiène dans le foyer ;
   - réduire la transmission fécale par les mains en préconisant aux soignants et aux enfants de se laver les mains avec du savon ;
   - améliorer la qualité de l'eau potable en améliorant l'accès à des sources d'eau protégées et en recourant à des méthodes hygiéniques de traitement et de stockage de l'eau dans le foyer ;
   - promouvoir l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de vie de sorte à garantir l'apport en nutriments et à exclure les liquides et aliments, autres que le lait maternel, potentiellement contaminés ;
   - éviter que les enfants ingèrent des matières fécales lors de leurs activités exploratoires durant lesquelles ils portent leurs mains à la bouche en veillant à la bonne hygiène de leur environnement d'alimentation et espace de jeu ;
   - fournir des aliments complémentaires préparés et stockés de façon hygiénique dans des ustensiles propres et après s'être lavé les mains.

pathogènes présents dans l'environnement (Curtis et al. 2000). Il s'ensuit que ces programmes produisent quantité de résultats sanitaires (contrôle des maladies infectieuses, santé de la mère et du nouveau-né, santé et nutrition de l'enfant) en rompant cette chaîne de transmission des maladies entériques.

Les taux mondiaux d'accès à des services améliorés d'eau potable et d'assainissement restent bien en deçà des 100 % (pour l'assainissement amélioré, l'accès mondial est de 68 % et de 91 % pour l'eau [JMP 2015]), et 13 % de la population mondiale pratique la défécation en plein air (UNICEF et OMS 2015). Quoi qu'il en soit, il importe de demander ce qu'il convient de faire pour que les services existants contribuent davantage à la nutrition. Bien que la base de données factuelles ne soit pas encore suffisamment étayée par des études exhaustives, la structuration de changements plausibles sur le plan de la conception (Encadré 6.4) reste la même que pour les autres interventions sur les vecteurs sous-jacents : planifier de sorte à améliorer l'état nutritionnel et prévenir la malnutrition.

TABLEAU 6.4 Différencier un programme d'eau, assainissement et hygiène (WASH) contribuant à la nutrition d'un programme WASH conventionnel

Caractéristiques	WASH conventionnel	WASH axé sur la nutrition
Principaux résultats dignes d'intérêt (indicateurs d'impact)	Issues de maladies cliniques (par ex., diarrhée, trachome, maladies tropicales négligées)	Résultat nutritionnel (par ex., retard de croissance, anémie) en plus des issues de maladies cliniques
Principaux groupes cibles	Tous les groupes d'âge, à l'échelle de la communauté	Les 1 000 premiers jours à partir de la conception jusqu'aux deux ans (l'accent est mis sur les soignants, sachant que le fœtus/bébé dépend de leurs actions)
Choix infrastructurels	Toilettes, approvisionnement en eau	Toilettes, approvisionnement en eau, espace de jeu protégé
Sources de contamination	Matières fécales humaines	Matières fécales humaines et animales
Vecteurs de transmission féco-orale	Doigts (avec un accent sur les mains des soignants), fluides, mouches, champs	Doigts (accent sur les mains du soignant et du bébé), fluides, mouches, champs (en particulier la terre)
Comportements ciblés (indicateurs comportementaux/de processus)	Élimination des déjections, lavage des mains avec du savon, traitement de l'eau, hygiène alimentaire	Élimination des déjections (avec attention supplémentaire aux matières fécales des animaux et des enfants), lavage des mains avec du savon (accent sur les mains du soignant et du bébé), traitement de l'eau, hygiène alimentaire, allaitement exclusif au sein
Facteurs influant sur le choix de combinaisons de composantes d'interventions	Prévention ou maîtrise des maladies transmissibles ; priorités ministérielles ou des bailleurs de fonds	Résultats nutritionnels
Base de données factuelles	Preuves tangibles d'essais randomisés	Base de données d'observations factuelles tangibles et bases de plausibilité

Source : Mduduzi Mbuya.

Le Tableau 6.4 établit des distinctions entre les programmes WASH conventionnels et ceux contribuant à la nutrition. Ainsi, les programmes WASH axés sur la nutrition prévoient-ils des interventions avec, à l'esprit, les 1 000 premiers jours après la conception. L'accent est plus marqué sur les soignants (les personnes dont dépend le bébé pour son bien-être), sur la propreté des aires de jeu et sur les moyens d'éviter tout contact avec les matières fécales animales ou humaines (parce que les tout jeunes enfants crapahutent à quatre pattes, les mains par terre).

Aide alimentaire humanitaire

Le nombre de personnes frappées par des catastrophes telles les inondations ou les sécheresses n'a montré aucun signe de diminution au cours de la première décennie du XXIe siècle (Guha-Sapir et al. 2016). D'autre part, le Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat estime que le changement climatique augmentera la fréquence et la sévérité de ces événements (GIEC 2007).

Le phénomène météorologique El Niño de 2015-2016 s'est déjà révélé dévastateur pour des millions de personnes, en particulier en Afrique de l'Est et australe (FAO 2016a), tandis que ses effets se répercuteront tout au long de l'année 2016, laissant des familles démunies face aux effets des sécheresses et des inondations sur la production alimentaire, le prix des denrées alimentaires et les modes de subsistance ruraux (PAM 2016). L'Encadré 6.5 synthétise certains des défis et enseignements liés aux réponses au phénomène El Niño en 2015. Ses effets se répercuteront sur l'ensemble de la vie des individus affectés durant les 1 000 premiers jours après la conception, dont la croissance et le développement n'auront pas pu être protégés (cf., par ex., Danysh et al. 2014). En outre, et comme les données du Haut-commissaire de l'ONU pour les réfugiés fournies dans le chapitre 8 le révèlent, le nombre de personnes déplacées par les conflits a atteint un sommet sans précédent (près de 60 millions). Le chapitre 8 demandera comment la redevabilité à l'égard des populations exposées aux situations d'urgence peut être améliorée. Ici, nous nous interrogeons sur l'efficacité des stratégies d'aide alimentaire humanitaire des différentes organisations en matière d'actions en faveur de la nutrition, et par conséquent en matière d'orientation des engagements vers la réduction de la sous-alimentation dans les situations d'urgence.

L'amélioration de l'état nutritionnel des populations affectées par les catastrophes est largement admise comme nécessitant des actions au-delà du secteur de la nutrition (von Grebmer et al. 2015 ; Brown et al. 2015). Comme le fait remarquer la dernière analyse de Brown et al., « il importe de s'atteler aux déterminants multiples de la sous-alimentation dans les situations d'urgence en intégrant la nutrition dans l'ensemble des secteurs, y compris celui de l'aide alimentaire humanitaire » (2015, 7).

Appuyés pour ce faire par le Service d'aide humanitaire et de protection civile (ECHO) de la Commission européenne, Brown et al. (2015) ont passé en revue 22 documents de politiques et de stratégies publiés entre 2006 et 2015 par les agences de l'ONU, les organisations non gouvernementales internationales et les bailleurs de fonds sur 15 critères. La Figure 6.3 présente le pourcentage de documents qui « couvraient » chacun de ces 15 critères. Les 22 documents de politiques et stratégies ont obtenu de bien piètres résultats[4] dans trois critères ou domaines : suivi de la couverture

ENCADRÉ 6.5 LE CYCLE CLIMATIQUE EL NIÑO : SUCCÈS ET DÉFIS DEPUIS 2015

YVES HORENT, CLAIRE DEVLIN ET ABIGAIL PERRY

L'impact du phénomène El Niño sur la malnutrition tout au long de l'année 2015 et jusqu'en 2016 a été profond, caractérisé par une charge stupéfiante de la malnutrition aiguë sévère (UNICEF 2016a) en Afrique de l'Est et australe et par une population estimée de 60 millions de personnes touchées dans l'ensemble à ce jour (UNOCHA 2016). L'intégralité des impacts sur la faim et la malnutrition est méconnue, mais il ne fait aucun doute que ces impacts seront importants et durables. Les événements de l'année écoulée ont mis en exergue le fait qu'en dépit de certaines améliorations, les systèmes sont toujours incapables d'atténuer de façon suffisante les effets des chocs climatiques émanant de phénomènes du type El Niño.

À l'instar d'autres organisations, le ministère britannique du Développement international (DFID) a commencé à suivre étroitement les modèles du phénomène El Niño dès les premières alertes, en mars 2015. À cette époque, les prévisions étaient incertaines, mais leur degré de certitude était nettement supérieur en juin 2015. C'est à ce moment-là que la perspective d'un événement impressionnant est devenue suffisamment vraisemblable pour éclairer les premières décisions. Au cours de cette période, le DFID, les scientifiques, les chercheurs et l'Office météorologique du Royaume-Uni ont collaboré en vue d'anticiper les tendances météorologiques et leurs effets humanitaires possibles. En août 2015, cette analyse scientifique a commencé à être partagée avec les bailleurs de fonds ainsi qu'avec les organisations humanitaires et de développement afin d'impulser une réponse immédiate. Dès octobre 2015, des perspectives saisonnières régionales de qualité certifiée ont également été fournies aux partenaires intéressés.

Tenant compte des impacts dévastateurs des épisodes El Niño de 1997-1998 et 2010-2011, l'accent durant cette période a été mis sur l'élaboration et l'actualisation des plans d'urgence (DFID 2015). Il apparaissait manifeste que des parties de l'Afrique et d'autres régions seraient confrontées à des besoins nutritionnels considérables. La crise alimentaire qui a sévi dans la Corne de l'Afrique en 2010-2011 a mis en exergue le fait que les alertes précoces ne donnent pas nécessairement lieu à des actions immédiates, et que les plans d'urgence nationaux étaient identifiés comme autant d'étapes cruciales pour impulser l'action.

À la lumière du nombre considérable de personnes touchées par El Niño en 2015 et 2016, il ne fait aucun doute que des progrès s'imposent de toute urgence :

- Les plans d'urgence et autres activités préparatoires se doivent d'être opportuns, ainsi que plus systématiques et méthodiques. Ils ne sauraient relever que de la seule responsabilité des organisations humanitaires d'urgence, mais au contraire être intégrés dans un éventail plus vaste de départements, organismes et programmes publics.

- Il importe de renforcer la production de données sur la conception et la délivrance de programmes de protection sociale réactifs face aux chocs afin de permettre leur expansion rapide dans les pays plus sujets aux crises. Dans la mesure du possible, ces mécanismes devraient également contribuer davantage à la nutrition en plus d'être reliés à des systèmes d'alerte précoce facilitant la prédiction localisée de crises alimentaires et de la malnutrition.

- Il importe que les sciences climatiques deviennent la norme en plus d'être systématiques. Cela implique la formation et la qualification de davantage de professionnels susceptibles de comprendre les prévisions et de s'en tenir à des produits de qualité certifiée. Il importe par ailleurs de mieux communiquer auprès de tous les décideurs, des premiers échelons au sommet de l'État, dans un langage adapté.

- Des mécanismes de financement s'imposent pour déclencher la distribution de ressources à l'échelle et dans les temps.

- Il importe de renforcer l'analyse des données économiques et de marché. Les nouvelles technologies devraient faciliter l'accès aux données et leur analyse, et ainsi donner lieu à une plus grande transparence ainsi qu'à l'adaptation des politiques dans les périodes de tension ou de choc.

Le phénomène El Niño de 2015-2016 ne se résume pas, cependant, à un événement négatif. En dépit des faiblesses déplorées sur le plan des réponses en cette occasion, certains signes laissent entrevoir d'importantes améliorations dans nos capacités à gérer les chocs climatiques par rapport à nos expériences du phénomène dans les années 1997-1998 :

- grâce à l'amélioration des connaissances et de la puissance informatique, les prévisions météorologiques ont nettement gagné en qualité et en fiabilité, sur des périodes plus longues et des régions plus nombreuses que jamais ; ces prévisions sont également mieux communiquées, grâce aux nouvelles technologies de l'information ;

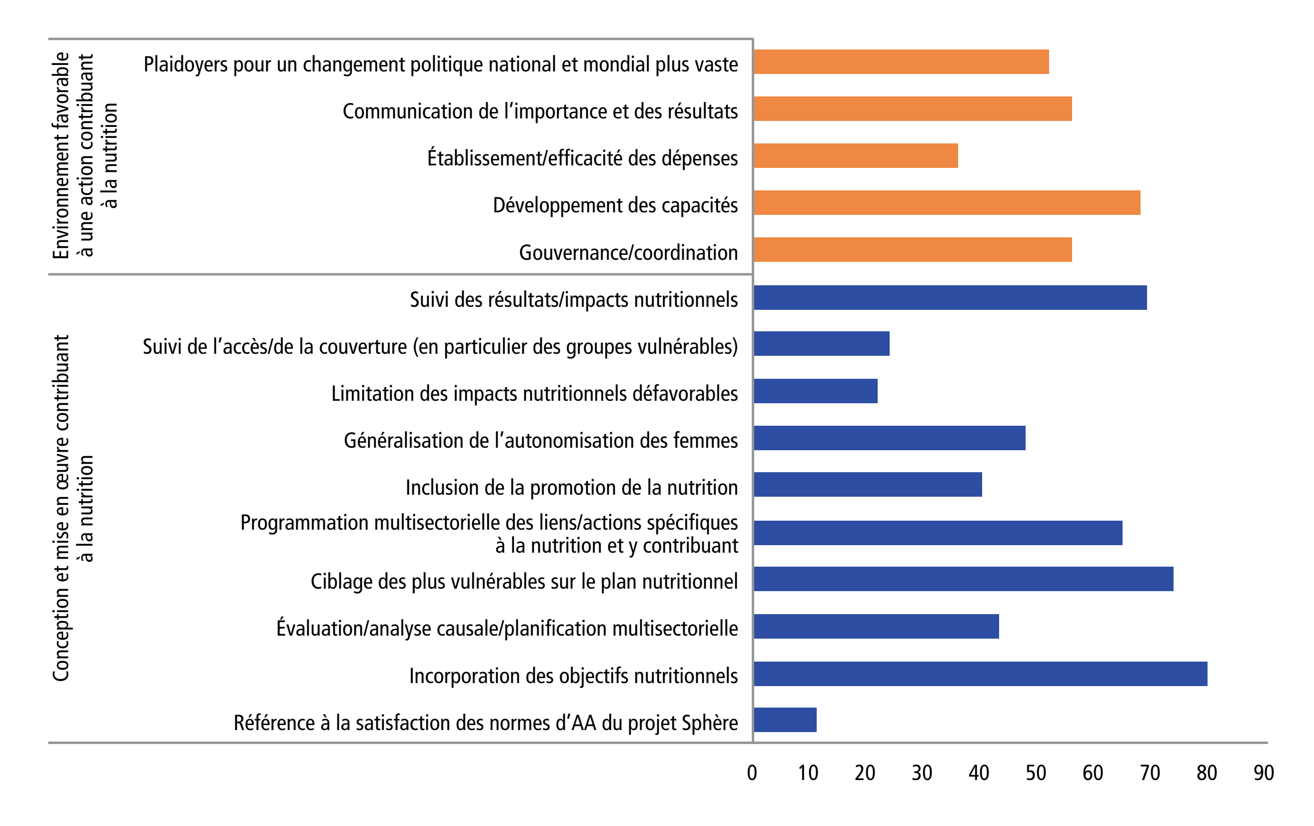
- nombre de pays ont amélioré leurs capacités en matière de gestion des catastrophes, de même que le secteur de l'aide est devenu nettement plus structuré et professionnel ; les décideurs sont plus nombreux à comprendre les bienfaits d'une action précoce et d'une plus grande collaboration ;

- davantage de pays se sont dotés d'un programme de protection sociale qui non seulement protège de larges pans de la population des impacts des chocs climatiques, mais peut également être rapidement adapté et intensifié au besoin (Fitzgibbon 2016) ;

- de nouveaux modèles financiers axés sur les risques sont également testés et produisent des résultats prometteurs.

Bien qu'un El Niño de la puissance de l'épisode observé en 2015-2016 n'ait rien de commun, les distorsions des régimes climatiques ne sont guère éloignées du monde qui nous attend à l'horizon du changement climatique. Des leçons vitales ont été apprises au cours de l'année écoulée, sur lesquelles il conviendra de nous appuyer pour améliorer nos capacités à protéger les populations de la faim et de la malnutrition à l'avenir.

FIGURE 6.3 Pourcentage des 22 documents de politiques et stratégies en matière d'aide alimentaire humanitaire couvrant les questions contribuant à la nutrition dans différents domaines



Source : Brown et al. 2015.
Note : AA = aide alimentaire

ou de l'accès des groupes (en particulier les plus vulnérables) aux interventions d'aide alimentaire humanitaire (AAH) contribuant à la nutrition, limitation des impacts nutritionnels pervers involontaires des interventions AAH contribuant à la nutrition, et référence à la satisfaction des normes minimales du projet Sphère (volontaire) en matière de sécurité alimentaire et de nutrition, qui mettent en avant la redevabilité à l'égard de ces questions dans l'espace humanitaire. Les organisations d'aide alimentaire humanitaire peuvent renforcer leurs engagements dans les domaines susmentionnés, de préférence en regroupant leurs capacités et ressources avec leurs homologues du développement (l'Encadré 6.5 insiste lui aussi sur ce point).

UTILISER LES INTERVENTIONS ET POLITIQUES SOUS-JACENTES ET DÉTERMINANTES EN TANT QUE PLATEFORMES POUR DES ACTIONS DIRECTES EN MATIÈRE DE NUTRITION

Nous analysons ici l'utilité des interventions et politiques sous-jacentes et déterminantes en tant que plateformes pour les actions plus directes ou plus spécifiques à la nutrition mises en exergue dans le chapitre 5.

Transferts d'argent assortis de changements de comportement

De nouvelles études provenant du Bangladesh illustrent les retombées potentielles de l'utilisation des interventions de protection sociale comme autant de plateformes pour les interventions directes en faveur de la nutrition. Les transferts d'argent du Programme alimentaire mondial qui étaient assortis de communications axées sur les changements de comportement autour de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant se sont révélés être les seuls types de transferts suivis de vastes retombées positives et substantielles sur les valeurs du z-score du ratio taille-âge. Les transferts d'argent sans communications axées sur les changements de comportement n'avaient aucune incidence sur les scores du ratio taille-âge, bien que presque toutes les modalités aient un impact positif sur la sécurité alimentaire du ménage et l'alimentation de l'enfant (Ahmed et al. 2016). Cette évaluation des modalités des transferts d'argent était une phase de test d'un programme pilote, mais, compte tenu du succès sans précédent des programmes des transferts d'argent — et si les résultats peuvent être reproduits — l'inclusion des composantes de changement du comportement dans les programmes de protection sociale est particulièrement prometteuse.

ENCADRÉ 6.6 INTENSIFIER L'ORIENTATION DES ACTIONS D'ÉDUCATION VERS LA LUTTE CONTRE LA MALNUTRITION SOUS TOUTES SES FORMES

HAROLD ALDERMAN

Les programmes contribuant à la nutrition s'appuient sur des secteurs complémentaires pour influer sur les facteurs sous-jacents de la nutrition et le développement de l'enfant qui couvrent la pauvreté, l'insécurité alimentaire et le manque d'accès à des moyens de soins adaptés, ainsi que des services de santé, d'eau et d'assainissement appropriés (Ruel et Alderman 2013). Bien qu'il importe d'accorder une attention particulière à la contribution potentielle de l'agriculture et de la protection sociale à la nutrition, l'éducation partage ce potentiel en raison de sa couverture et de ses capacités à servir de plateforme aux programmes spécifiques à la nutrition. Il existe plusieurs moyens de faire en sorte que l'école contribue davantage à la nutrition.

Accroître la participation des filles à l'école. La scolarisation des filles peut aider à réduire les grossesses adolescentes — un facteur de risque de la petite taille à la naissance bien documenté (Kozuki et al. 2013) — ainsi que retarder l'âge des mariages (Hahn et al. 2015) et ainsi réduire la fertilité totale (Breierova et Duflo 2004). Il ne fait cependant aucun doute qu'à long terme, ce que les filles apprennent à l'école est encore plus important. Il ne s'agit pas de leur assurer seulement un niveau d'alphabétisation de base, mais aussi et surtout de leur communiquer des informations sur la santé et la nutrition.

Utiliser l'école comme une plateforme d'éducation sur la nutrition et les services liés à la nutrition. La somme de données factuelles s'amoncelle sur les modules scolaires dédiés à l'éducation sur la nutrition, en particulier ceux qui encouragent une alimentation saine et l'exercice physique dans le but de prévenir l'obésité (Waters et al. 2011). Il y est aussi question d'expériences encourageant l'hygiène et le lavage des mains ainsi que des modules d'enseignement traitant des activités à risque potentiellement associées aux grossesses adolescentes. L'on déplore cependant une omission flagrante : il n'y a pas grand-chose dans la littérature sur la nutrition qui couvre les pays à revenu faible et intermédiaire du point de vue de leur expérience de l'utilisation des salles de classe pour diffuser de l'information sur les soins apportés aux enfants, et ce, en dépit de la perspective quasi certaine que la plupart des étudiantes assumeront très vite le rôle de soignant principal (Tang et al. 2009).

Les écoles peuvent aussi servir de plateforme pour la supplémentation en fer (Luo et al. 2012) ainsi que pour inciter les directeurs d'écoles à réduire l'anémie dans leurs établissements (Miller et al. 2012). De la même manière, quoi que non sans quelque débat, les écoles pourraient être utilisées comme plateformes pour des campagnes régulières de vermifugation (Ahuja et al. 2015).

Faire des repas scolaires une intervention en faveur de la nutrition. Les repas scolaires sont autant de possibilités d'explorer la diversité alimentaire, mais leur rôle en matière d'amélioration de la nutrition est moins évident que leur rôle vérifié pour la promotion de la scolarisation. Ce point est illustré par l'exemple de certains enfants mexicains susceptibles d'être classés en insuffisance pondérale selon les normes de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et simultanément en surpoids, à en croire leur indice de masse corporelle (Lobstein et al. 2015). Une expression tout ce qu'il y a de plus approprié face au défi que représente ce phénomène est formulée dans ce papier — surpoids ou taille insuffisante ? —, un défi qui influe sur les objectifs et sur l'évaluation des programmes d'alimentation scolaire, y compris dans les maternelles. Nous ne savons plus désormais comment interpréter les preuves, par exemple l'analyse systématique des tests randomisés des repas scolaires qui révèlent un gain de poids de 0,39 kg (Kristjansson et al. 2007) sans nous efforcer de mieux comprendre le contexte, quoique les données factuelles correspondantes sur la performance des écoles dans ces programmes sont moins ambiguës (Victora et Rivera 2014).

Utiliser l'alimentation scolaire comme un appui potentiel au développement de l'agriculture. En plus de ses objectifs en matière de nutrition, d'éducation et de protection sociale, l'alimentation scolaire se voit de plus en plus demander d'appuyer le développement de l'agriculture sous la forme de programmes d'alimentation scolaire à base de produits locaux. Le fait d'ajouter un nouvel objectif augmente manifestement les contreparties qu'il conviendra d'étudier. Dans le cas de l'alimentation scolaire à base de produits locaux, la décentralisation rend plus difficile l'enrichissement — un moyen par lequel les repas scolaires peuvent efficacement réduire les carences en micronutriments —, mais cependant pas impossible. Elle accroît aussi les difficultés en matière de logistique dans les régions où règne l'insécurité alimentaire, notamment pendant les périodes de sécheresse ou de pénurie saisonnière. Au fil du temps, cependant, l'alimentation scolaire à base de produits locaux pourrait élargir la diversité alimentaire et renforcer la sécurité alimentaire parmi les producteurs à faible revenu, bien qu'aucun élément ne permette, à ce jour, d'étayer cet espoir.

Éducation

Des possibilités s'offrent à nous dans le secteur de l'éducation pour améliorer la nutrition à travers les trois cheminements identifiés dans l'introduction du chapitre : le niveau des vecteurs sous-jacents, leur contribution à la nutrition et l'utilisation des interventions dans les déterminants sous-jacents comme autant de plateformes pour des interventions directes en faveur de la nutrition. C'est un moyen décisif d'autonomiser les femmes et de changer les normes au sujet de la nutrition. L'Encadré 6.6 énumère les options à notre disposition et fournit des données factuelles.

APPELS À L'ACTION

1. **Fixer des cibles pour les résultats des vecteurs sous-jacents.** Durant la prochaine révision de leurs plans nationaux pour la nutrition et la maîtrise des maladies non transmissibles, les gouvernements des pays et les organisations de la société civile (OSC) devraient identifier les principaux vecteurs sous-jacents de leur contexte nutritionnel unique et établir des cibles pour accélérer leur amélioration.
2. **Fixer des cibles pour des dépenses contribuant à la nutrition.** Les gouvernements, agences de l'ONU, OSC, bailleurs de fonds et entreprises devraient prendre des engagements plus ambitieux par rapport au pourcentage de leurs investissements consacrés aux systèmes alimentaires, à l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH), à l'éducation, à l'égalité entre les sexes et aux programmes de protection sociale, qui sont explicitement conçus pour aider à lutter contre la malnutrition sous toutes ses formes.
3. **Approfondir notre compréhension des vecteurs communs de la mauvaise alimentation.** Il conviendrait que les chercheurs créent un cadre unifié et conceptuel de compréhension des vecteurs sous-jacents du surpoids/obésité, de la carence en micronutriments, du retard de croissance et de l'émaciation — et identifient les vecteurs communs à toutes les formes de malnutrition, afin d'orienter les engagements spécifiques pris par les gouvernements, bailleurs de fonds, agences de l'ONU et entreprises au niveau sous-jacent. Il conviendrait de publier ces recherches dans une série du Lancet sur la nutrition et de faire en sorte qu'elles bénéficient de l'appui des bailleurs de fonds et des gouvernements.
4. **Renforcer les actions en faveur de la nutrition pour les personnes affectées par les conflits et les situations d'urgence.** Les acteurs humanitaires nationaux et internationaux de premier plan doivent veiller à ce que leurs actions soient davantage axées sur la nutrition, en plus d'améliorer leurs performances dans les domaines suivants :
   - suivi de l'accès des groupes vulnérables aux interventions humanitaires qui luttent contre la malnutrition et réduction du fossé entre les interventions humanitaires et de développement ;
   - satisfaction des normes du projet Sphère sur la mise en œuvre de la réponse humanitaire dans les domaines de l'alimentation et de la nutrition afin de renforcer la redevabilité à l'égard des groupes vulnérables ;
   - recours systématique aux sciences du climat, aux mécanismes de protection sociale et aux nouvelles technologies de données pour améliorer les capacités des vecteurs sous-jacents à améliorer l'état de préparation et les réponses aux chocs.

Il conviendrait d'encourager ces acteurs à prendre des engagements SMART dans les domaines susmentionnés, à l'occasion du processus N4G de 2016, et lors de leur établissement de cibles des ODD à l'échelle des pays.



7 COMBLER LE BESOIN : FINANCER L'ATTEINTE DES CIBLES

UN ENGAGEMENT SANS FINANCEMENT REVIENT À PARLER DE BONNES INTENTIONS NON ABOUTIES. SI LES ACTIONS QUI FONT LA PROMOTION DE LA NUTRITION DOIVENT ÊTRE mises en œuvre et les cibles atteintes, encore faut-il les financer. Le financement en faveur de la nutrition provient des gouvernements (nationaux), des sources internationales — les agences bilatérales et multilatérales d'aide au développement et les fondations qui constituent le « cercle des bailleurs de fonds » — et des individus eux-mêmes.

Nous savons qu'investir dans l'intensification des interventions en faveur de la nutrition est une proposition à fort impact et profitable. Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2014* estimait un rapport coûts-avantages de 16/1, tandis que le *Rapport sur la nutrition mondiale 2015* synthétisait de nouvelles estimations qui révélaient un taux de rendement composé des investissements en faveur de la nutrition supérieur à 10 %. Nous savons par ailleurs que les coûts liés aux maladies non transmissibles (MNT) liées à la nutrition sont très élevés : Popkin et al. (2006) estiment, par exemple, que pour la Chine, le coût de l'obésité et des régimes alimentaires et d'activité physique liés à l'obésité devrait augmenter, entre 2000 et 2025, de 3,58 % à 8,73 % du produit national brut.

Ce chapitre fait état de ce qu'il en coûtera d'intensifier les interventions en faveur de la nutrition et d'accélérer son amélioration — ainsi que de la performance des gouvernements et des bailleurs de fonds du point de vue de leur réponse à ce défi. Ce faisant, nous identifions différents moyens par lesquels les gouvernements et bailleurs de fonds pourraient augmenter et allouer de façon plus efficace leurs ressources à l'appui d'actions en faveur de la nutrition. Ce chapitre produit en outre des données à l'intention de la société civile afin que celle-ci puisse plus aisément obtenir des gouvernements et bailleurs de fonds qu'ils rendent des comptes relativement à leurs actions de financement pour accélérer l'amélioration de la nutrition.

La première partie du chapitre traite des niveaux de dépenses nécessaires pour atteindre les cibles liées à la sous-alimentation et à l'allaitement maternel. Il présente des analyses qui répondent aux questions suivantes : Quel est le montant nécessaire au financement des interventions directes pour la nutrition afin d'atteindre les cibles de l'Assemblée mondiale de la Santé (AMS) sur le retard de

croissance, l'émaciation, l'allaitement maternel exclusif (AME) et l'anémie d'ici 2025 ? À qui appartient-il d'augmenter ce financement et comment les ressources seront-elles mobilisées ? L'analyse révèle que les gouvernements et bailleurs de fonds se doivent — ensemble — d'augmenter largement leurs investissements en faveur de la nutrition, afin que les pays les plus durement touchés puissent atteindre les cibles de l'AMS.

Dans la partie suivante, nous concluons que les gouvernements disposent d'une marge substantielle pour augmenter leurs ressources en faveur de la nutrition. Nous démontrons que les gouvernements affectent 2,09 % de leurs dépenses à la nutrition. Ce chiffre est à comparer avec les 33 % de dépenses publiques que les pays d'Asie et d'Afrique consacrent à quatre secteurs : l'agriculture, l'éducation, la santé et la protection sociale (nous ne disposons pas de données comparables pour l'eau, l'assainissement et l'hygiène [WASH]). Ces secteurs sont les réservoirs dans lesquels la nutrition doit puiser. Nous démontrons que 24 gouvernements puisent déjà dans ces secteurs, mais que les ressources en faveur

PRINCIPAUX RÉSULTATS

Ce chapitre fait état de la performance des gouvernements et des bailleurs de fonds du point de vue de leur réponse aux besoins de financement en matière de nutrition et de ce qu'il en coûtera de relever le défi de la malnutrition.

- Augmenter les investissements en faveur de la nutrition demeure une proposition à fort impact et profitable, avec un rapport coûts-avantages de 16/1 et un taux de rendement composé de plus de 10 % (IFPRI 2014, 2015a).
- Négliger la nutrition entraîne des coûts élevés, notamment des pertes économiques de 10 % du produit intérieur brut. En Chine, les pertes au niveau du produit national brut imputables à l'obésité auront vraisemblablement doublé de 4 % en 2000 à 9 % en 2025. Dans les pays à faible revenu, 54 % des coûts imputables aux maladies cardiovasculaires sont couverts par les dépenses des ménages.
- De solides arguments justifient le suivi des ressources financières et des investissements en faveur de la nutrition : ce suivi favorise un accent nettement plus ciblé sur les résultats et permet d'argumenter en faveur d'investissements supplémentaires.
- Les niveaux de financement actuels ne comblent pas les besoins :
  - le déficit de financement décennal relatif à l'atteinte des cibles de 2025 pour le retard de croissance, la malnutrition aiguë sévère, l'allaitement maternel et l'anémie s'élève à 70 milliards de dollars ;
  - l'analyse des dépenses publiques de 24 pays à revenu faible et intermédiaire révèle une allocation moyenne à la nutrition de 2,1 % contre 33 % à l'agriculture, l'éducation, la santé et la protection sociale ;
  - les maladies non transmissibles (MNT), dont la plupart sont liées à la nutrition, sont à l'origine de 49,8 % des décès et des cas d'invalidité dans les pays à revenu faible et intermédiaire, alors que moins de 2 % des dépenses annuelles des bailleurs de fonds en faveur de la santé vont aux MNT (611 millions de dollars en 2014), et que les MNT liées à la nutrition n'ont bénéficié que de 50 millions de dollars de financement des bailleurs de fonds en 2014, contre près de 1 milliard de dollars dépensés en faveur des interventions spécifiques à la nutrition ;
  - les dépenses des bailleurs de fonds en faveur de l'ensemble des interventions spécifiques à la nutrition stagnent à 1 milliard de dollars, cependant que leurs allocations en faveur de la nutrition par le biais d'autres secteurs augmentent
- Les gouvernements et bailleurs de fonds doivent tripler leurs engagements en faveur de la nutrition afin de pouvoir atteindre ces cibles fondamentales, avec des augmentations de dépenses annuelles respectives de 3,7 milliards de dollars et 2,6 milliards de dollars.
- D'intéressantes possibilités existent pour les dépenses en faveur de la nutrition : les gouvernements peuvent faire en sorte que les 33 % qu'ils dépensent sur l'agriculture, l'éducation, la protection sociale et la santé profitent aussi à la nutrition en incluant des cibles de nutrition dans leurs plans et en assurant le suivi de leurs impacts.
- Les déclarations sur les dépenses en faveur de la nutrition sont pour le moins inégales. Les données relatives aux dépenses publiques sur les MNT liées à la nutrition et l'obésité sont fragmentées parmi divers départements et souvent amalgamées avec d'autres éléments n'ayant rien à voir avec la nutrition. Le Comité d'aide au développement de l'Organisation de coopération et de développement économiques ne suit pas les dépenses des bailleurs de fonds contribuant à la nutrition ou relatives aux MNT liées à la nutrition. Les gouvernements et donateurs n'adoptent pas toujours des approches cohérentes du suivi de leurs dépenses en faveur de la nutrition.

de la nutrition sont allouées au goutte-à-goutte.

Nous faisons état du fait qu'en dépit de l'intensification impressionnante des interventions financées par les bailleurs de fonds à l'égard de la sous-alimentation ces 10 dernières années, leur impulsion sur le plan des dépenses spécifiques à la nutrition — notamment la promotion de l'allaitement maternel, la promotion d'une alimentation améliorée du nourrisson et du jeune enfant, les suppléments en micronutriments et l'enrichissement alimentaire, ainsi que l'alimentation thérapeutique pour la malnutrition aiguë sévère (MAS) — est au point mort. Nous soulignons que les dépenses sur ces éléments ont plafonné, tandis que les grands donateurs, à savoir les États-Unis, le Royaume-Uni et le Japon, ont observé de très nettes réductions de leurs décaissements réservés aux interventions spécifiques à la nutrition. En outre, 13 des 28 donateurs de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) continuent de bouder les interventions spécifiques à la nutrition en leur allouant moins de 1 million de dollars[1]. Le montant total des décaissements des bailleurs de fonds contribuant à la nutrition pour lutter contre la sous-alimentation dans les domaines comme l'agriculture, la protection sociale, l'éducation, l'eau, l'assainissement et l'hygiène, ou l'autonomisation des femmes augmente, bien que les déclarations demeurent inégales et par conséquent difficiles à analyser.

Enfin, et pour la première fois dans le *Rapport sur la nutrition mondiale*, nous commençons à brosser le tableau du financement pour les actions de lutte contre les MNT liées à la nutrition. Les sources de données sont fragmentées et insuffisamment adaptées pour évaluer les dépenses des gouvernements et des bailleurs de fonds dans de telles actions. Les gouvernements, donateurs et chercheurs ont fort à faire pour identifier les dépenses sur des actions visant à prévenir et à maîtriser les MNT liées à la nutrition.

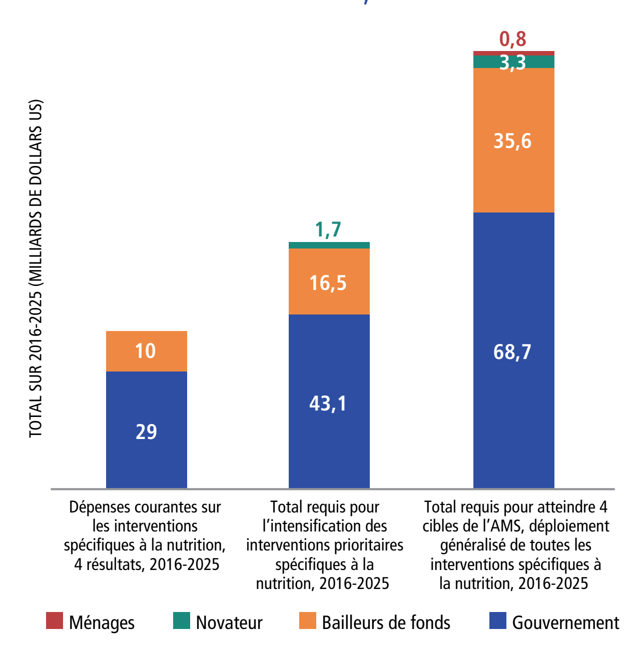
CHIFFRER ET FINANCER LES INTERVENTIONS DIRECTES VISANT L'ATTEINTE DES CIBLES MONDIALES POUR LA NUTRITION DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT

Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2015* synthétisait une analyse préliminaire de la Banque mondiale et de l'Institut Results for Development (R4D) sur ce qu'il en coûte d'intensifier les interventions spécifiques à la nutrition dans 37 pays lourdement touchés pour atteindre les cibles de 2025 sur le retard de croissance. Depuis la publication de ces travaux mi-2015, les équipes de la Banque mondiale et du R4D ont peaufiné leur analyse du retard de croissance et procédé à des exercices comparables pour trois autres cibles — la malnutrition aiguë sévère chez les moins de 5 ans[2], l'anémie chez les femmes en âge de procréer et l'allaitement maternel exclusif —, cette fois pour tous les pays à revenu faible et intermédiaire.[3]

Les équipes ont estimé que les dépenses actuelles sur les interventions spécifiques à la nutrition pour le retard de croissance, la malnutrition aiguë sévère, l'allaitement maternel exclusif et l'anémie chez les femmes en âge de procréer sont de 3,9 milliards de dollars par an : 2,9 milliards de dollars à partir des ressources publiques et 1 milliard de dollars de la part des donateurs. Si ce niveau est maintenu sur la décennie à venir, un total de 39 milliards de dollars sera investi dans les programmes d'interventions clés (Figure 7.1). Afin d'atteindre les quatre cibles, il importera toutefois d'augmenter ce montant de près de 70 milliards de dollars, ce qui revient à presque tripler les dépenses actuelles sur la période de 10 ans à venir, pour qu'elles atteignent un total de 108 milliards de dollars (Figure 7.1). Pour ce faire, il appartiendra aux gouvernements de mobiliser en moyenne 3,9 milliards de dollars de plus par an, et aux bailleurs de fonds 2,6 milliards de dollars supplémentaires par an, au cours des 10 prochaines années. Ces mesures pourraient augmenter le financement public actuel d'un facteur de 2,3 sur la période de 10 ans à venir et d'un facteur de 3,6 celui des bailleurs de fonds. La barre du milieu illustrée dans la Figure 7.1 donne une estimation relative à l'augmentation d'un sous-ensemble d'interventions[4] (cf. Shekar et al. 2016). Ces multiples, associés à une augmentation intégrale, correspondent aux estimations précédentes des équipes de la Banque mondiale et du R4D sur le retard de croissance, signalées dans le *Rapport sur la nutrition mondiale 2015*.

L'augmentation des niveaux d'investissement spécifique à la

FIGURE 7.1 Niveaux et sources de financement destinés à l'atteinte des cibles pour le retard de croissance, la malnutrition aiguë sévère, l'anémie et l'allaitement maternel exclusif, dans tous les pays à revenu faible et intermédiaire, d'ici 2025



Source : Auteurs, d'après les données de Shekar et al. (2016).

Note : Les exemples de mécanismes de financement novateurs comprennent l'initiative Power of Nutrition (cf. www.powerofnutrition.org) et la Global Financing Facility in Support of Every Woman, Every Child (cf. www.globalfinancingfacility.org). Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2015* a mentionné ces mécanismes

nutrition est-elle réaliste à une époque où la croissance économique ralentit et l'aide publique au développement plafonne ? Les bailleurs de fonds ont déjà quadruplé leurs dépenses en faveur des interventions spécifiques à la nutrition sur les 10 années écoulées, bien que, encore faut-il l'admettre, ils étaient partis de très bas. Seront-ils disposés à les augmenter au rythme exigeant qui semble s'imposer aujourd'hui ?

Pour trouver les arguments convaincants à l'appui d'investissements supplémentaires, un certain nombre de choses doivent d'abord se produire. Il convient tout d'abord d'articuler de façon efficace les vies sauvées et les ratios coûts-avantages de l'intensification des interventions directes pour la nutrition (se reporter au rapport coûts-avantages de 16/1 déclaré pour 40 pays dans le *Rapport sur la nutrition mondiale 2014*). Il s'agira ensuite de décomposer l'ensemble des coûts en « parts réduites » plus politiquement réalistes vis-à-vis desquelles les investisseurs nationaux et internationaux seront plus disposés à s'engager (d'où le scénario d'« interventions prioritaires », colonne du milieu, Figure 7.1). Il importera, à partir de là, d'articuler un calendrier établissant l'échéancier des paiements reflétant les capacités des différentes parties prenantes à investir. Il conviendra enfin d'élargir le cercle des investisseurs.

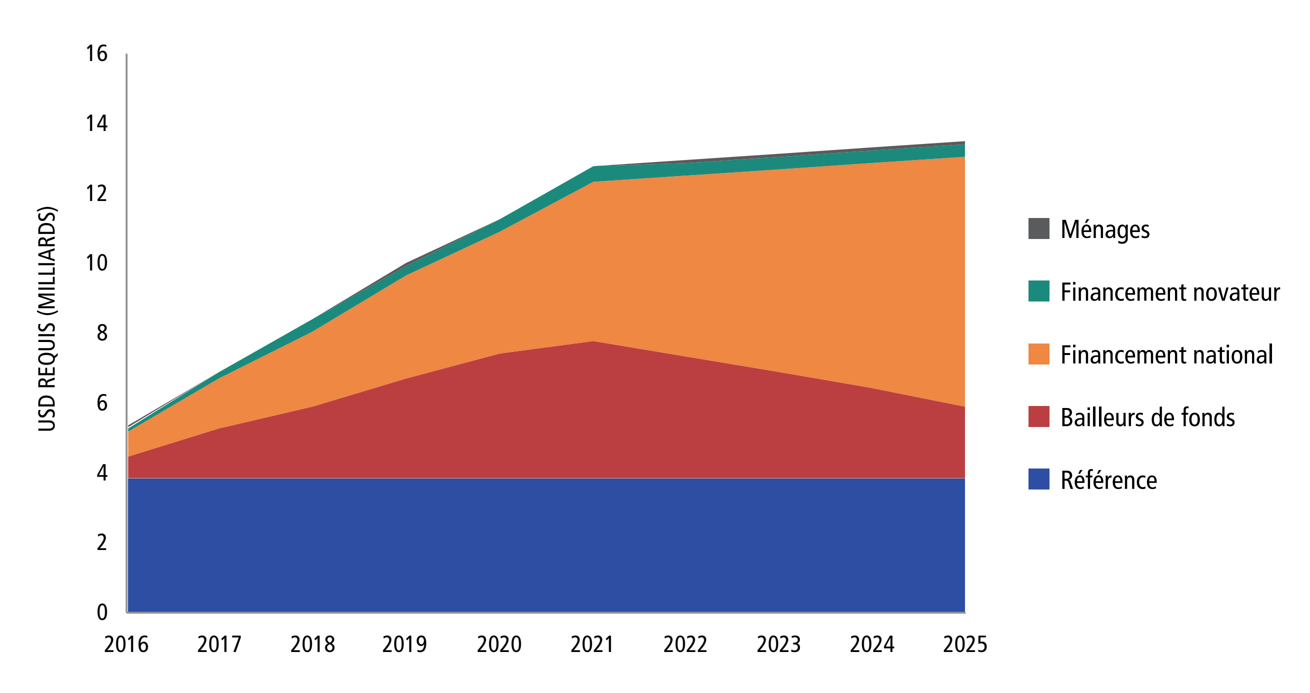
Afin de faciliter l'intensification des financements, les auteurs de la Banque mondiale et du R4D proposent un calendrier assorti d'un échéancier de paiements qui, selon eux, reflète la capacité à investir. Il s'agit du scénario de « Solidarité internationale » pour le financement (Figure 7.2). L'augmentation de la participation des bailleurs de fonds interviendrait en début de période, tandis que la masse des augmentations des dépenses publiques nationales aurait lieu durant la deuxième moitié de la période de 10 ans.

Le *Rapport sur la nutrition mondiale* se rallie résolument aux conclusions de l'analyse des équipes de la Banque mondiale et du R4D. Les détails complémentaires de leurs travaux sont résumés dans Shekar et al. (2016).

ENVELOPPE BUDGÉTAIRE NATIONALE POUR LA NUTRITION

Dans le *Rapport sur la nutrition mondiale 2015*, nous présentions les données fournies par 14 pays qui avaient estimé leurs allocations budgétaires à des actions à la fois spécifiques à la nutrition et y contribuant[5]. Chacun de ces pays dérivait et appliquait ses propres pondérations pour la nutrition à divers postes de son budget public. Cette section applique les pondérations moyennes de ces 14 pays à 8 nouveaux pays[6]. Deux pays supplémentaires, le Pérou et le Guatemala, ont fourni leurs enveloppes budgétaires réelles pour la nutrition. Nous disposons ainsi de 24 estimations

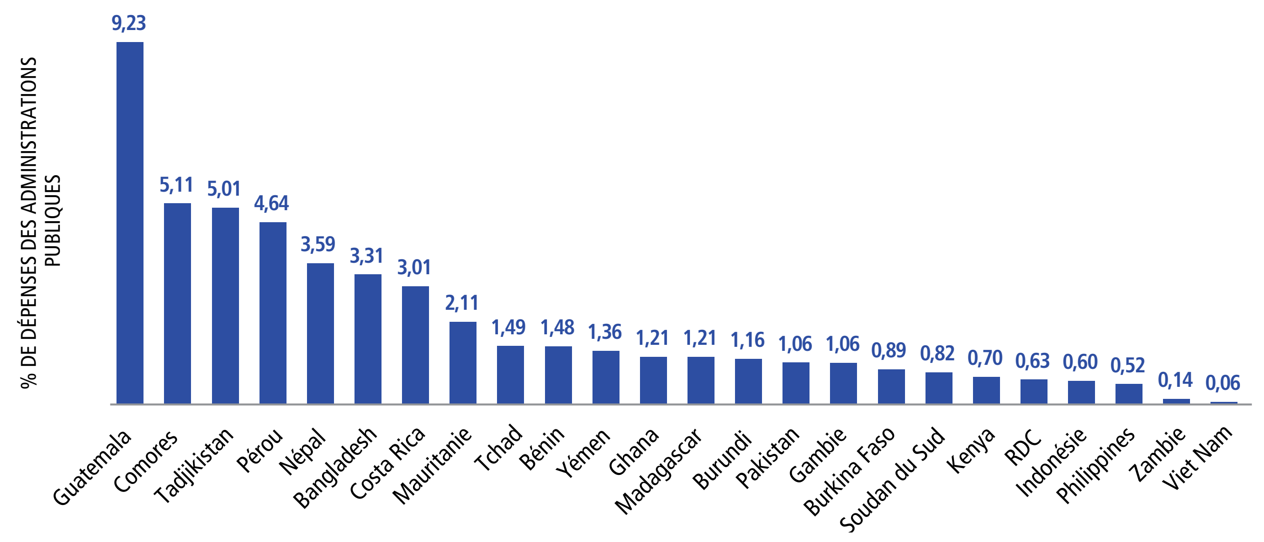
FIGURE 7.2 Investissements supplémentaires requis pour concrétiser le scénario « Solidarité internationale » pour tous les pays à revenu faible et intermédiaire, 2016-2025



Source : Shekar et al. (2016).

Note : Les montants en dollars représentent les investissements supplémentaires requis par rapport au seuil de référence de la part des différentes parties prenantes pour atteindre d'ici 2025 les cibles mondiales de nutrition pour le retard de croissance, la malnutrition aiguë sévère, l'anémie et l'allaitement maternel exclusif dans le scénario « Solidarité internationale » pour un déploiement généralisé dans tous les pays à revenu faible et intermédiaire.

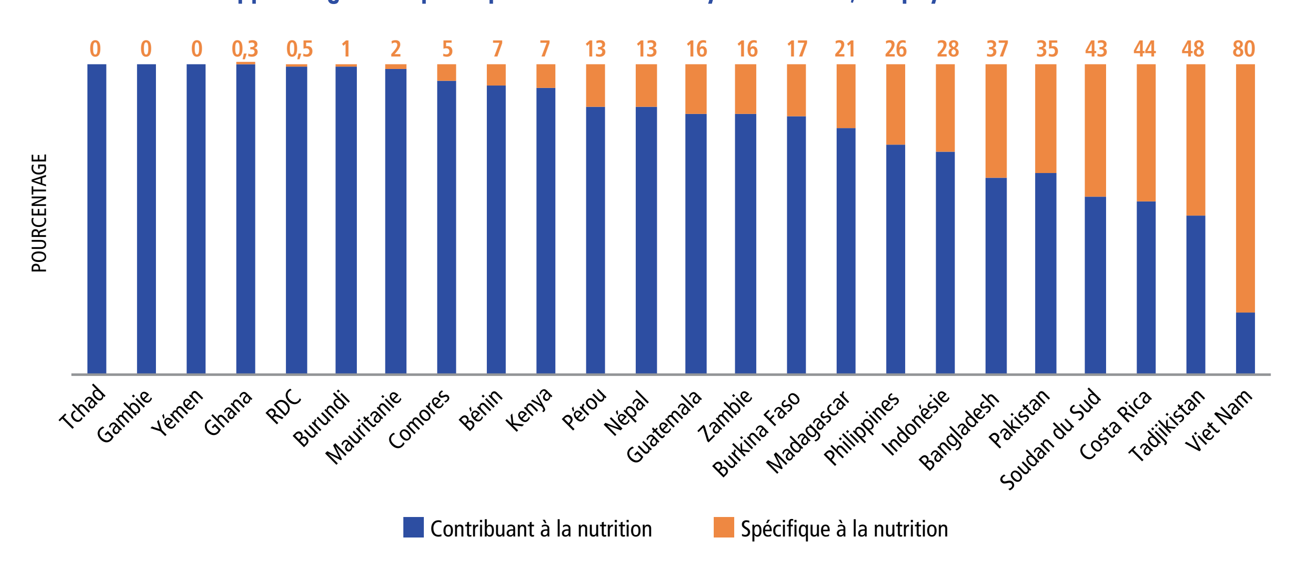
FIGURE 7.3 Enveloppe budgétaire pour les interventions spécifiques à la nutrition et y contribuant, 24 pays



Source : Auteurs, d'après les données de Greener et al. (2016).

Note : RDC = République démocratique du Congo.

FIGURE 7.4 Enveloppe budgétaire spécifique à la nutrition et y contribuant, 24 pays



Source : Auteurs, d'après les données de Greener et al. (2016).

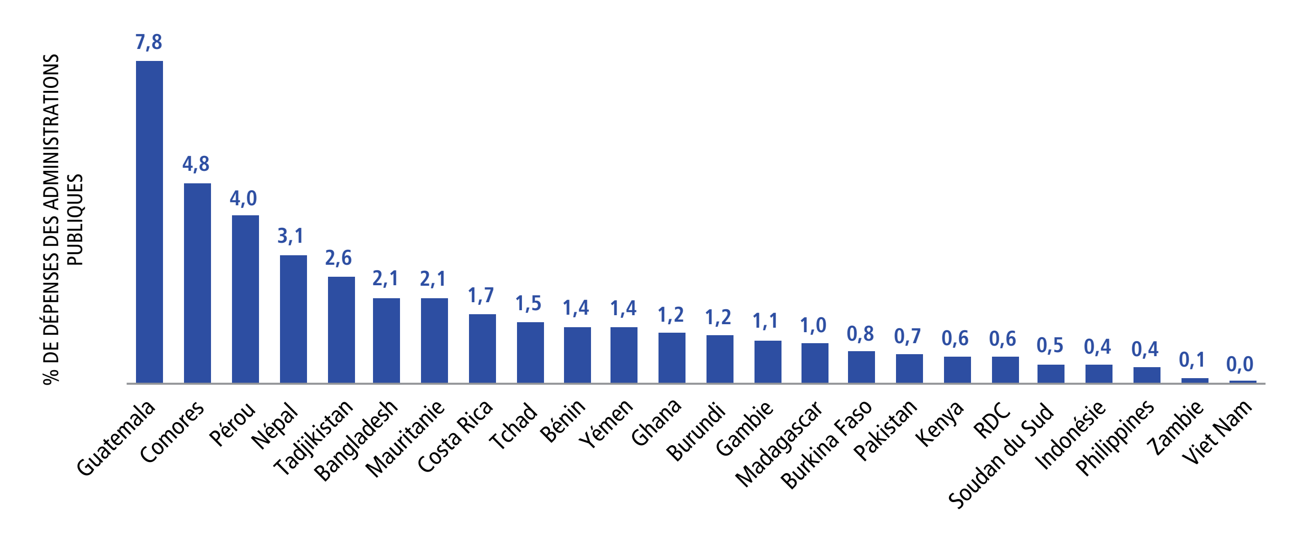
Note : RDC = République démocratique du Congo.

nationales des ressources intérieures allouées à la nutrition[7]. La Figure 7.3 présente les allocations à la nutrition sous la forme d'un pourcentage des dépenses publiques générales totales. Ces estimations varient de 0,06 % à 9,23 % des dépenses des administrations publiques. L'allocation moyenne en faveur de la nutrition sur l'ensemble des 24 pays est de 2,1 %.

La Figure 7.4 décompose les allocations estimées en faveur de la nutrition en parts spécifiques à la nutrition[8] et y contribuant. La plupart des enveloppes budgétaires nationales en faveur de la nutrition identifiées par chaque pays ont trait aux interventions contribuant à la nutrition (1,7 % des dépenses des administrations publiques pour les interventions contribuant à la nutrition et 0,4 % pour les interventions spécifiques à la nutrition). La dominance de la catégorie d'interventions contribuant à la nutrition renforce l'importance des vecteurs sous-jacents mise en exergue dans le chapitre précédent.

La Figure 7.5 illustre les enveloppes budgétaires estimatives de chacun des 24 pays pour les interventions contribuant à la nutrition

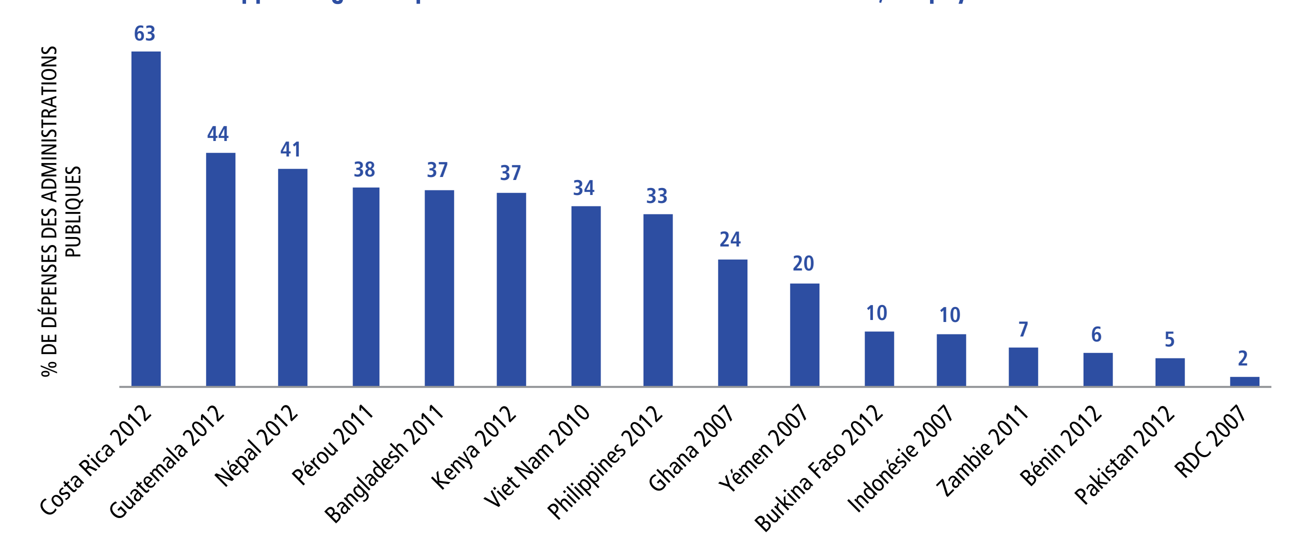
FIGURE 7.5 Enveloppe budgétaire estimative pour les interventions contribuant à la nutrition, 24 pays



Source : Auteurs, d'après les données de Greener et al. (2016).

Note : RDC = République démocratique du Congo.

FIGURE 7.6 Enveloppe budgétaire pour les secteurs contribuant à la nutrition, 16 pays



Source : Auteurs, d'après la base de données SPEED (IFPRI 2015b).

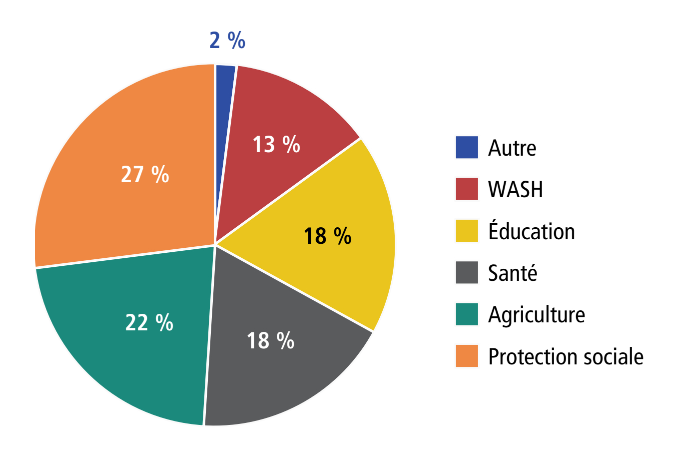
Notes : Les secteurs sont l'agriculture, l'éducation, la santé et la protection sociale. Les données pour l'eau, l'assainissement et l'hygiène ne sont pas disponibles. RDC = République démocratique du Congo.

sous la forme de pourcentage des dépenses des administrations publiques. Cette mesure varie de 0,01 % à 7,78 %. L'allocation moyenne destinée aux interventions contribuant à la nutrition sous la forme de pourcentage des dépenses des administrations publiques sur les 24 pays s'élève à 1,7 %.

C'est un pourcentage bien faible comparé aux parts destinées aux secteurs à partir desquels la plupart de ces postes budgétaires sont tirés[9]. Ainsi, en 2011, le gouvernement du Bangladesh a consacré 37 % de ses dépenses du budget général à l'agriculture, la santé, l'éducation et la protection sociale (Figure 7.6). D'un autre côté, il a alloué 2,1 % de son budget total aux interventions contribuant à la nutrition (Figure 7.5).

La Figure 7.7 illustre la répartition des interventions contribuant à la nutrition par secteur, sur l'ensemble des 24 pays. Le secteur de la protection sociale représente la part la plus élevée d'allocations contribuant à la nutrition, suivi de l'agriculture, de la santé et de l'éducation. Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2014* mettait en lumière les vastes volumes de ressources alloués

FIGURE 7.7 Part des allocations contribuant à la nutrition dans chaque secteur, 24 pays



Source : Auteurs, d'après les données de Greener et al. (2016). Les données sont tirées des 24 pays déjà couverts dans les figures 7.3, 7.4, et 7.5.

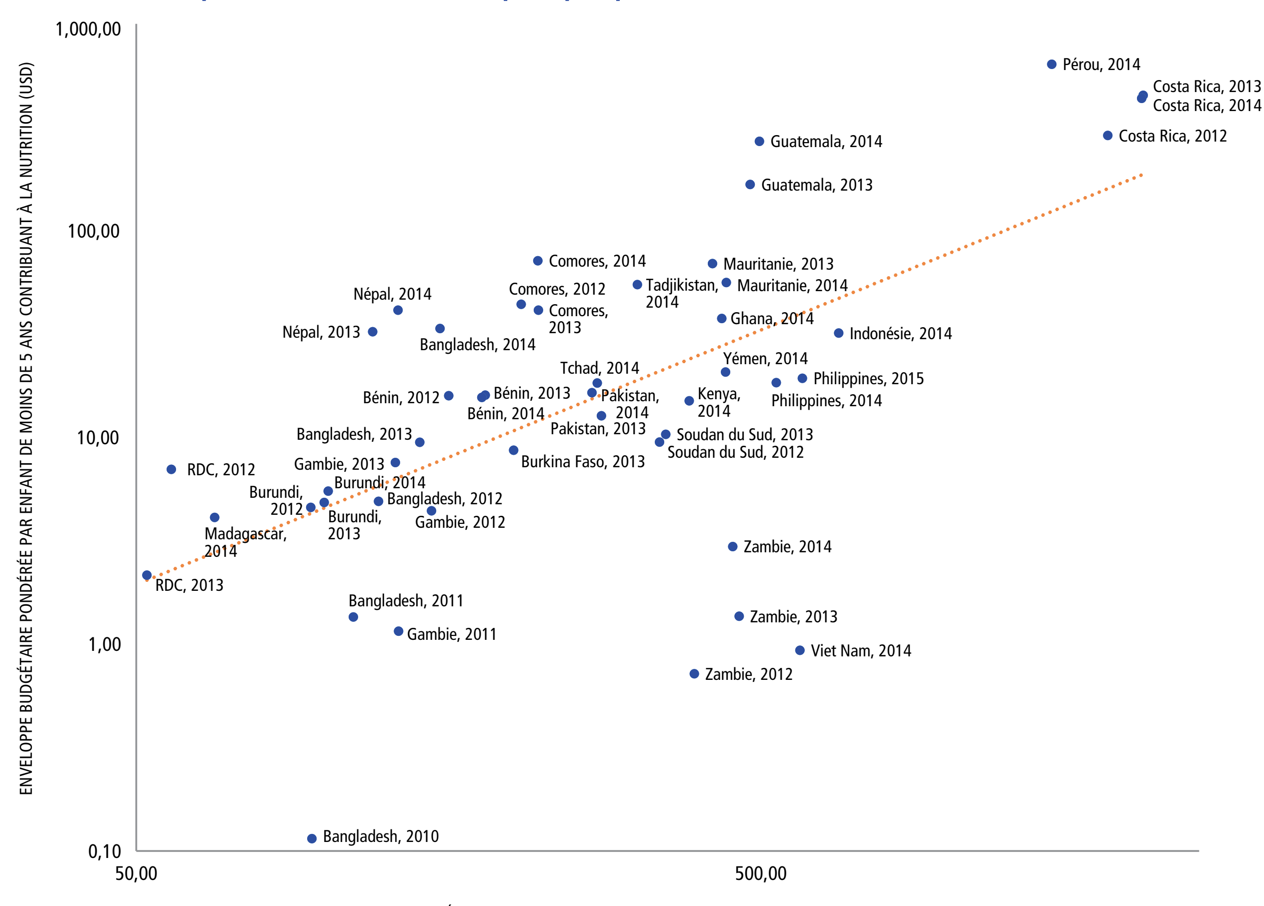
Note : WASH = eau, assainissement et hygiène.

par les gouvernements à la protection sociale et mentionnait le potentiel de ces ressources si elles étaient utilisées pour promouvoir la nutrition. Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2015* fournissait des exemples de la façon dont le Bangladesh et l'Éthiopie faisaient en sorte que leur financement de la protection sociale profite davantage à la nutrition. Le chapitre 6 du *Rapport sur la nutrition mondiale 2016* comporte des encadrés sur les interventions WASH et les interventions en matière d'éducation qui constituent autant d'orientations claires et nouvelles quant au moyen d'intégrer la nutrition plus résolument dans ces secteurs.

LES ALLOCATIONS CONTRIBUANT À LA NUTRITION PAR ENFANT DE MOINS DE 5 ANS SONT CORRÉLÉES AVEC LES DÉPENSES PUBLIQUES GÉNÉRALES PAR HABITANT — BIEN QUE D'IMPORTANTS EXEMPLES HORS TENDANCE SE DÉGAGENT

La Figure 7.8 montre que les enveloppes budgétaires contribuant à la nutrition, normalisées en fonction des enfants de moins de 5 ans, sont positivement corrélées avec les dépenses des administrations publiques par habitant. Comme l'indique la droite de meilleur ajustement, les pays affichant les dépenses publiques générales

FIGURE 7.8 Relation entre l'enveloppe budgétaire pondérée par enfant de moins de 5 ans contribuant à la nutrition et les dépenses des administrations publiques par habitant



Source : Greener et al. (2016).

Note : Les pays apparaissent plusieurs fois en fonction du nombre d'années pour lesquelles les données budgétaires sont disponibles.

ENCADRÉ 7.1 GUATEMALA ET PÉROU : L'ACCÈS AUX DONNÉES FINANCIÈRES EN TEMPS VOULU FAIT TOUTE LA DIFFÉRENCE DANS LES DÉPENSES RÉELLES ET IMPULSE LA REDDITION DE COMPTES À TOUS LES NIVEAUX

PAOLA VICTORIA, ARIELA LUNA, JOSÉ VELÁSQUEZ, ROMMY RÍOS, GERMÁN GONZÁLEZ, WILLIAM KNECHTEL, VAGN MIKKELSEN ET PATRIZIA FRACASSI

Le Guatemala et le Pérou ont mis en place des systèmes avancés de gestion intégrée des informations financières, dotés d'un accès public à des données budgétaires entre autres données de gestion mises à jour quotidiennement.

Au Guatemala, le suivi des dépenses est consolidé dans des rapports mensuels préparés par le Secrétariat de la sécurité alimentaire et nutritionnelle (SESAN), avec des données extraites du Système de comptabilité intégrée du gouvernement (SICOIN) géré par le ministère des Finances publiques. Le Guatemala s'est embarqué dans un programme de gestion axée sur les résultats et a mis au point un système de suivi ouvert au public conçu spécifiquement pour encadrer les interventions du Plan du Pacte Faim zéro[1]. Ce système autorise le suivi des avancées des institutions, programmes et municipalités. Il permet également à d'autres parties prenantes de mettre en avant la redevabilité. Ainsi, une initiative du secteur privé — Mejoremos Guate (« Nous ferons mieux pour le Guatemala ») — s'est attelée à un exercice de suivi détaillé de la prestation de services voués à prévenir la malnutrition chronique. À ce jour, quatre exercices de suivi ont été entrepris, informant le ministère compétent des résultats de la mise en œuvre.

Au Pérou, le suivi des dépenses intervient à travers un portail électronique ouvert au public — Consulta Amigable — géré par le ministère de l'Économie et des Finances. Le ministère du Développement social et de l'Inclusion consolide les données pour les programmes sociaux. Le ministère de l'Économie et des Finances prépare un rapport mensuel sur l'exécution financière de tous les programmes budgétaires. Une alerte rouge est émise pour toutes les entités/tous les produits ayant obtenu un faible taux d'exécution. Une amélioration du suivi financier vis-à-vis des progrès en matière de prestation de services a récemment été tentée. Les ministères ont œuvré avec les administrations régionales et locales ainsi qu'avec la société civile à la production de données sur la prestation de services (par ex., contrôle de la croissance, programmes de vaccination, suppléments en micronutriments, capacités des ressources humaines, et ainsi de suite), qui ont ensuite été rapprochées de l'exécution financière de sorte à mieux comprendre où se trouvait le principal goulot d'étranglement pour l'intensification[2].

Ce suivi régulier dans les deux pays révèle que les dépenses réelles du Guatemala sont inférieures aux affectations prévues, tandis que les dépenses réelles du Pérou sont supérieures aux affectations prévues. Les dépenses nettement supérieures du Pérou tiennent au fait que les publications ont lieu tous les mois en fonction des résultats. Pour cette raison, les dépenses réelles du Pérou sont supérieures de 26 % aux affectations initiales qui elles sont prévues sur une base annuelle, mais inférieures de 12 % aux allocations modifiées une ou deux fois par an en fonction des besoins.

Un accès transparent et régulier aux données permet des émissions de ressources axées sur les résultats et la correction en temps voulu des faibles taux d'exécution, ainsi qu'une redevabilité accrue des ministères vis-à-vis des pouvoirs locaux, des organisations de la société civile et des familles auxquelles ces investissements sont destinés.

les plus importantes (typiquement les pays à revenu plus élevé) consacrent davantage de ressources par enfant de moins de 5 ans aux interventions contribuant à la nutrition.

Les pays situés au-dessus de la droite allouent davantage de ressources aux actions contribuant à la nutrition que l'on aurait pu l'anticiper, compte tenu de leurs dépenses publiques générales. Les pays situés en dessous de la droite allouent moins de ressources qu'anticipé. Des écarts importants se manifestent néanmoins autour de cette droite. Ainsi, la Zambie et le Guatemala ont alloué des montants similaires de leurs ressources publiques totales par personne (axe horizontal), mais le Guatemala a alloué bien plus de ressources par enfant de moins de 5 ans aux actions contribuant à la nutrition (axe vertical)[10].

Nous insérons ici cette analyse parce qu'il est possible que cette corrélation constitue un point de référence pour les enveloppes budgétaires contribuant à la nutrition. Ainsi, la droite de meilleur ajustement pourrait-elle être interprétée dans un ensemble de données plus vaste comme le niveau moyen d'allocations destinées aux actions contribuant à la nutrition pour un pays d'un niveau de revenu particulier. Les allocations totales consacrées à la nutrition pourraient elles aussi faire l'objet d'un calcul de point de référence comparable. Davantage de travaux dans le domaine permettraient de développer ces points de référence.

LE PROCESSUS CONSISTANT À RECUEILLIR LES DONNÉES SUR LES ALLOCATIONS BUDGÉTAIRES AXÉES SUR LA NUTRITION AIDE LES CHAMPIONS NATIONAUX DANS LE DOMAINE À IMPULSER LE CHANGEMENT

En général, comme l'ont déclaré les correspondants gouvernementaux du Mouvement pour le renforcement de la nutrition (Mouvement SUN), le processus consistant à suivre les augmentations budgétaires améliore le dialogue entre les ministères, départements et agences du gouvernement au sujet de la nécessité d'investir dans la nutrition (Mouvement pour le

ENCADRÉ 7.2 BUDGÉTISER LA NUTRITION EN INDE

SUMAN CHAKRABARTI, PURNIMA MENON ET SUBRAT DAS

Plusieurs éléments sont dignes de mention dans le budget indien de 2015-2016 publié en février 2016.

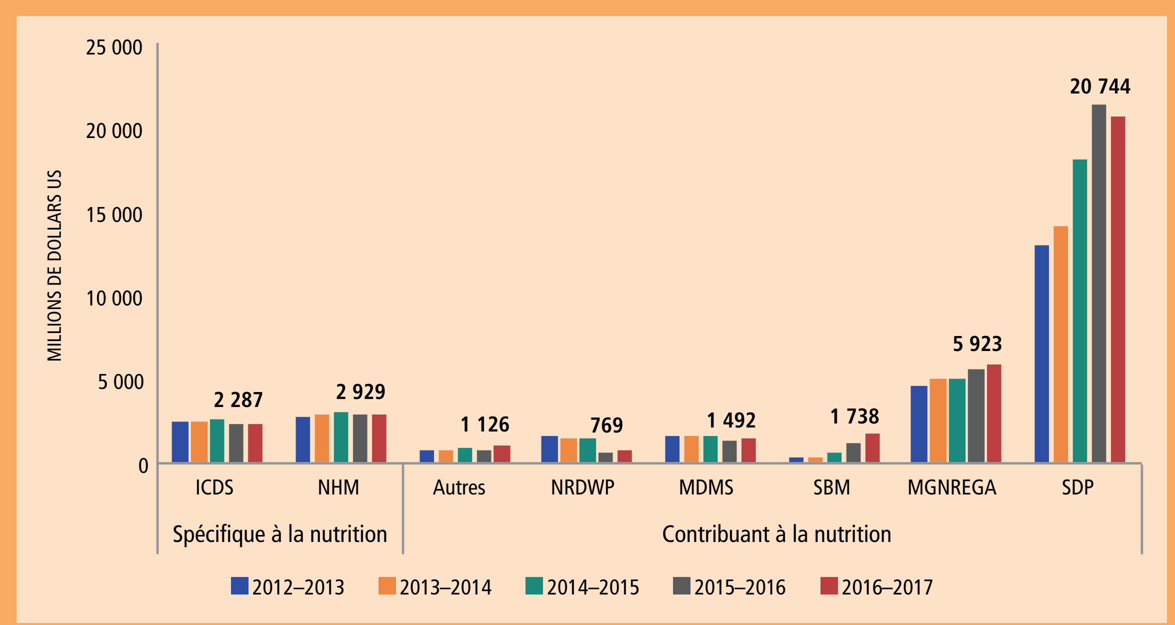
En 2016, tout d'abord, le gouvernement indien, à l'échelon central, a alloué approximativement 5,3 milliards de dollars à des programmes spécifiques à la nutrition tels le Programme de services intégrés de développement de l'enfant et la Mission nationale pour la santé (NHM). Il a alloué 31,6 milliards de dollars à plusieurs programmes visant à améliorer les facteurs sous-jacents de la nutrition, notamment le Système de distribution public (SDP), qui est axé sur la sécurité alimentaire, la loi Mahatma Gandhi National Rural Employment Guarantee Act (MGNREGA), qui est axée sur la sécurité des modes de subsistance en milieu rural, et la Mission Swachh Bharat, qui est axée sur l'assainissement.

Deuxièmement, bien qu'une vaste somme d'argent soit engagée au profit des interventions spécifiques à la nutrition, il manquerait 700 millions de dollars pour arriver aux 6 milliards de dollars par an que Menon, McDonald et Chakrabarti (2015) estiment nécessaires. Le gouvernement indien pourrait atteindre cette cible évaluée de façon indépendante en augmentant son budget de 13 %.

Troisièmement, les programmes tels le SDP (approvisionnement alimentaire) et le MGNREGA (sécurité de l'emploi) qui ciblent les déterminants sous-jacents représentent à peu près 70 % des dépenses de l'Inde sur la nutrition. Ces allocations, ainsi que celles disponibles de la part du gouvernement central pour la mission d'assainissement, peuvent aider à créer des environnements plus propices à l'amélioration de la nutrition, lorsqu'ils sont mis en œuvre de façon efficace. Pour l'ensemble de ces programmes, la responsabilité de renforcer les programmes gouvernementaux centralisés en réduisant les inefficiences, en améliorant le ciblage et en assurant une plus grande convergence de ces programmes revient aux gouvernements des États.

Enfin, compte tenu des changements intervenus dans l'architecture fiscale du pays, les États ont désormais la possibilité d'augmenter leur engagement à l'égard de la nutrition et d'allouer davantage de ressources de l'État. Il existe néanmoins un risque que les États ne donnent pas la priorité à la nutrition. Les directives quant à l'établissement des priorités et à l'affectation des ressources disponibles à partir du gouvernement central devraient également permettre de renforcer les efforts de financement de la nutrition à l'échelle des États.

ENVELOPPE BUDGÉTAIRE DÉDIÉE AUX PROGRAMMES LIÉS À LA NUTRITION EN INDE, 2015-2016



Source : Auteurs, d'après les données de l'OMS (2015a).

Notes : 1 USD = 65 INR. Les chiffres 2016-2017 sont des estimations budgétaires. ICDS = Programme de services intégrés de développement de l'enfant ; NHM = Mission nationale pour la santé ; NRDWP = Programme national d'approvisionnement en eau potable en milieu rural ; MDM = Système de distribution des repas de midi ; SBM = Mission Swachh Bharat ; MGNREG = Loi Mahatma Gandhi National Rural Employment Guarantee Act ; SDP = Système de distribution public (approvisionnement alimentaire). « Autres » englobe le Programme national de crèches pour les enfants de mères qui travaillent, l'Indira Gandhi Matritva Sahayog Yojana, le Programme d'autonomisation des adolescentes, la Mission nationale pour les oléagineux et l'huile de palme, la Mission nationale pour l'agriculture durable, la Mission nationale pour la sécurité alimentaire et la Mission nationale pour les modes de subsistance ruraux.

ENCADRÉ 7.3 LES PARTENAIRES INTERNATIONAUX HARMONISENT LEUR ASSISTANCE TECHNIQUE À L'ANALYSE BUDGÉTAIRE

ALEXIS D'AGOSTINO, AMANDA POMEROY-STEVENS, CLARA PICANYOL, MARY D'ALIMONTE, PATRIZIA FRACASSI, SASHA LAMSTEIN, HILARY ROGERS ET SHAN SOE-LIN

Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2014* insistait sur la nécessité de ressources financières suffisantes pour la nutrition et signalait les besoins par pays afin que ceux-ci soient en mesure de suivre leurs dépenses intérieures en matière de nutrition. Un an plus tard, dans le *Rapport sur la nutrition mondiale 2015*, 30 pays étaient capables de déclarer leurs estimations préliminaires des allocations budgétaires nationales consacrées à la nutrition.

Sur ces 30 pays, 16 ont procédé eux-mêmes à la collecte des données, 10 ont recouru à l'assistance du secrétariat du *Rapport sur la nutrition mondiale*, deux ont eu recours à l'assistance de l'Institut Results for Development (R4D), et deux autres à l'assistance du projet SPRING financé par USAID. Ces travaux ont culminé en avril 2015 avec quatre ateliers régionaux d'analyse budgétaire sous l'égide de l'UNICEF, au nom du Réseau de l'Organisation des Nations Unies à l'appui du Mouvement pour le renforcement de la nutrition (SUN).

C'est à l'occasion de ces ateliers que les pays ont demandé l'accélération de l'assistance technique dans un certain nombre de domaines, parmi lesquels :

1. conseils pour standardiser la catégorisation des interventions « spécifiques » à la nutrition et « y contribuant » ;
2. recommandations quant aux moyens d'identifier les allocations pour le personnel et de traiter les finances publiques à l'échelon infranational ;
3. options d'harmonisation de la « pondération » des interventions, en particulier celles qui contribuent à la nutrition ;
4. recommandations par rapport aux prochaines étapes, en particulier :
   a. comment utiliser les résultats de l'exercice d'analyse budgétaire pour la promotion et la communication ;
   b. comment suivre les dépenses réelles ;
   c. comment suivre des dépenses hors enveloppe budgétaire ;
   d. comment relier le suivi financier avec la planification et la mobilisation des ressources.

Un groupe d'experts techniques internationaux réunis par le Secrétariat du Mouvement SUN et accueillant des représentants du réseau SPRING et du R4D œuvre à la formulation de conseils supplémentaires à l'intention des chercheurs, bailleurs de fonds et agences gouvernementales responsables de l'analyse du financement de la nutrition (allocations et/ou dépenses). Cet effort conjoint devrait permettre de faire avancer la question du financement de la nutrition en répondant aux questions clés identifiées au moyen d'exercices d'estimation et de suivi des budgets et dépenses en matière de nutrition.

renforcement de la nutrition 2015). Le Pérou et le Guatemala sont deux des exemples les plus connus de pays s'étant dotés de processus de planification dictés par le budget. L'Encadré 7.1 élabore sur la façon dont ces pays utilisent leurs budgets nutritionnels pour garantir une mise en œuvre efficace.

Les expériences en Asie du Sud sont peut-être moins connues, c'est pourquoi nous fournissons les exemples du Pakistan et du Bangladesh, de même qu'un exemple très récent en Inde.

L'analyse des données budgétaires réalisée par le gouvernement pakistanais a produit deux constats dignes de mention. Tout d'abord, le Programme Benazir de soutien aux revenus (Benazir Income Support Program) représente près de 50 % du budget analysé (avec 985 millions de dollars alloués chaque année). Il s'agit d'un transfert d'argent sans condition aux ménages démunis. Le gouvernement pakistanais exhorte ses partenaires à améliorer la conception du programme de sorte que celui-ci réponde aux besoins nutritionnels des femmes et des enfants. Ensuite, l'analyse a révélé un écart substantiel entre les provinces au niveau du ratio entre les allocations spécifiques à la nutrition et celles y contribuant, ainsi que les contributions relatives faites par chaque secteur. Cet exercice démontre que, même au sein d'un même pays, différentes régions prennent différentes décisions en matière d'allocation de ressources pour améliorer leurs résultats nutritionnels, et qu'il existe un réel potentiel pour l'apprentissage par les pairs entre les différents gouvernements sous-nationaux.

Le gouvernement du Bangladesh utilise une base de données financières fondée sur son Plan national d'investissement 2012. Une analyse des dépenses réelles par rapport aux dépenses prévues en 2014 révèle qu'en moyenne, 81 % des allocations destinées aux interventions spécifiques à la nutrition, contre 48 % des allocations aux actions y contribuant, ont été réellement dépensées. Le secteur de l'agriculture reçoit la part la plus élevée du financement public national. Le gouvernement est occupé à mettre à jour son plan d'action national, lequel devrait influencer les enveloppes budgétaires sectorielles en faveur de la nutrition et, en particulier, les dépenses réelles dans les années à venir.

Le gouvernement indien a publié son budget 2015-2016 en février 2016. En dépit de l'absence de tout engagement explicite en faveur de la nutrition dans le discours du budget du ministre des Finances, une analyse du budget sous l'angle de la nutrition (Encadré 7.2) réalisée par le Centre for Budget and Governance Accountability indien met en lumière plusieurs perspectives renvoyant à la façon dont le gouvernement indien investit dans les domaines susceptibles de soutenir la nutrition. Cet encadré montre

que l'enveloppe budgétaire en faveur de la nutrition n'observe aucune augmentation, est loin de combler le besoin, et est dominée par des interventions au niveau sous-jacent (notamment le Système de distribution public), qui ont été conçues dans l'intention d'améliorer la nutrition dans la mesure où elles se révèlent concluantes.

Une conclusion générale importante tirée de l'observation du processus consistant à estimer l'enveloppe budgétaire des pays en faveur de la nutrition nous amène au constat selon lequel ce processus amorce le débat sur la façon dont certains programmes gagneraient à être améliorés de sorte à produire un impact plus important sur les résultats nutritionnels. Une fois l'établissement initial achevé et le processus annualisé, il pourrait alors inspirer d'autres pays, y compris les pays à revenu élevé, qui sont nombreux à ne pas être en mesure de divulguer d'informations sur leur budget en faveur de la nutrition.

Enfin, il convient de préciser que le processus consistant à estimer les déficits de financement, notamment dans la discussion qui précède, exige de solides estimations des dépenses publiques courantes. L'analyse des budgets nationaux a enregistré d'importantes avancées depuis 2014, mais il reste encore beaucoup à faire avant que les méthodes ne soient harmonisées. L'Encadré 7.3 décrit le processus d'harmonisation en cours.

Au fur et à mesure que les données sur les dépenses en faveur de la nutrition deviennent disponibles, il conviendra d'effectuer des études visant à analyser les impacts des enveloppes budgétaires/de financement sur les niveaux/changements du point de vue de la couverture des programmes et de l'état nutritionnel. Malgré la somme de données factuelles sur les coûts et impacts sur les résultats nutritionnels attribuables à l'augmentation du taux de couverture des actions spécifiques à la nutrition (par ex., Bhutta et al. 2013 ; IFPRI 2014), nous n'avons connaissance d'aucune étude qui relie les dépenses réelles en faveur de la nutrition aux avancées dans le domaine.

DÉPENSES DES BAILLEURS DE FONDS

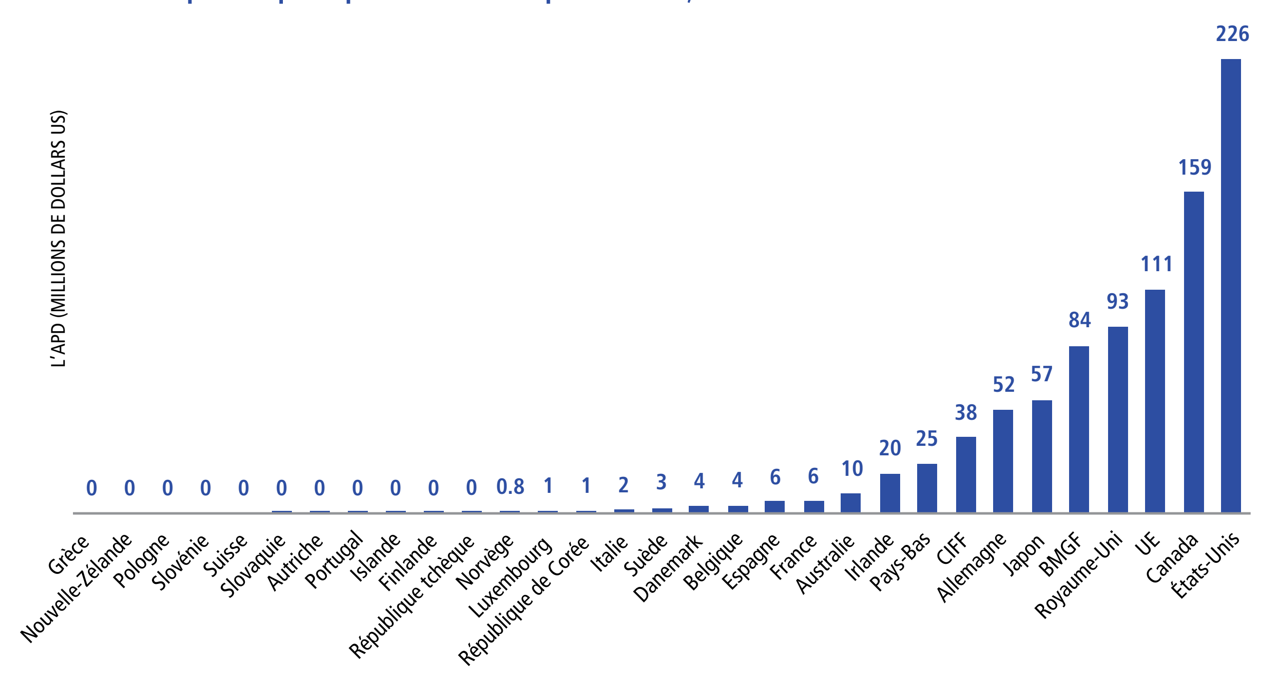
Cette section analyse les dépenses officielles des bailleurs de fonds sur les actions visant à réduire la sous-alimentation (spécifiques à la nutrition et y contribuant) et sur les MNT liées à la nutrition [11].

ACTIONS DE LUTTE CONTRE LA SOUS-ALIMENTATION

Dépenses spécifiques à la nutrition

À partir des données les plus récentes des bailleurs de fonds tirées du Système de notification des pays créanciers (SNPC)[12], la Figure 7.9 présente les niveaux de dépenses de l'aide publique au développement (APD) en 2014, pour les 28 agences bilatérales de l'OCDE, l'Union européenne et deux fondations — Fondation Bill et Melinda Gates (BMGF) et *Children's Investment Fund Founda-*

FIGURE 7.9 Dépenses spécifiques à la nutrition par donateur, 2014



Source : Auteurs, d'après les décaissements déclarés pour le code 12240 du SNPC.

Note : Les montants en dollars sont exprimés en prix courants et arrondis à l'entier le plus proche. APD = aide publique au développement ; CIFF = Children's Investment Fund Foundation ; BMGF = Fondation Bill et Melinda Gates

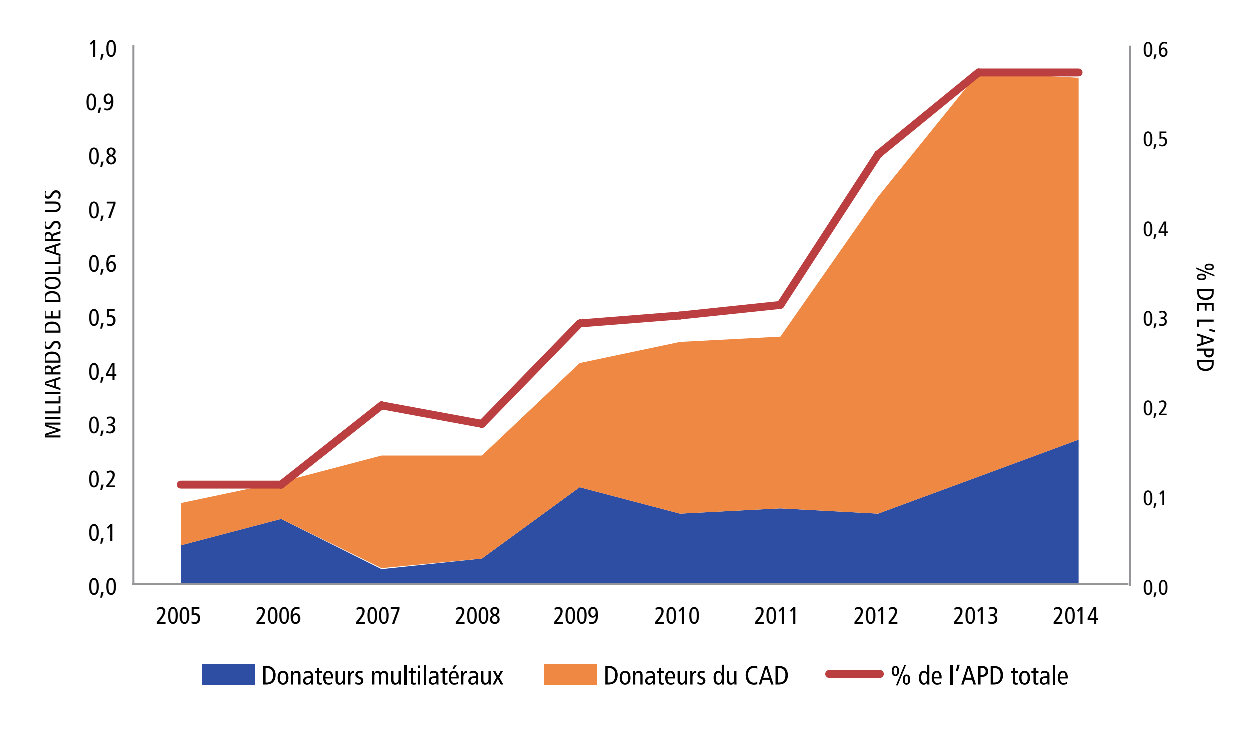
tion. Les 31 donateurs ont dépensé un total de 900 millions de dollars en faveur des interventions spécifiques à la nutrition (par exemple, la promotion de l'allaitement maternel, l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et la supplémentation en vitamine A). Les cinq plus grands donateurs (États-Unis, Canada, Union européenne, Royaume-Uni et BMGF) ont fourni la plupart des fonds (75 % du total). Seuls 11 donateurs sur 31 ont alloué plus de 10 millions de dollars. Comme en 2013, 13 donateurs ont dépensé moins de 1 million de dollars en faveur des interventions spécifiques à la nutrition. Un montant de 10 millions de dollars supplémentaires de la part de chacun des 20 donateurs qui dépensent à l'heure actuelle moins de 10 millions de dollars en faveur des interventions spécifiques à la nutrition améliorerait de 200 millions de dollars par an les décaissements spécifiques à la nutrition, pour une hausse de 22 % du total.

Les tendances révèlent que les décaissements d'APD en faveur des interventions spécifiques à la nutrition ont plafonné. Entre 2013 et 2014, les dépenses totales d'APD (moins BMGF et CIFF) en faveur des interventions spécifiques à la nutrition ont diminué de 1 % : une baisse de 12 millions de dollars — de 949 millions de dollars en 2013 à 937 millions de dollars en 2014. Cette chute des dépenses met un terme au régime d'augmentation annuelle initié en 2011 (Figure 7.10). En dépit de cette légère baisse, les dépenses mondiales d'APD en faveur des interventions spécifiques à la nutrition, en proportion des dépenses d'APD totales, restent stables à 0,57 % — représentant un record sans précédent.

Dix des 28 pays donateurs de l'OCDE ont déclaré une baisse de leurs dépenses en 2014 (77 millions de dollars au total). Sont concernés notamment, quatre des cinq plus grands donateurs[13] de l'OCDE : États-Unis, Canada, Royaume-Uni et Japon (Figure 7.11). Les dépenses cumulées des bailleurs de fonds multilatéraux ont cependant nettement augmenté, de 63 millions de dollars. Tandis que six donateurs multilatéraux ont diminué leurs dépenses, plusieurs autres grands bailleurs de fonds ont augmenté les leurs de façon substantielle. Cette augmentation globale est le résultat de dépenses supérieures de la part de l'Union européenne (69 millions de dollars) et de la Banque mondiale (Association internationale de développement, 29 millions de dollars). Pour la première fois depuis 2009, certains donateurs non membres du Comité d'aide au développement (CAD) ont déclaré des dépenses dans le domaine. Le Koweït et les États arabes unis (EAU) ont déclaré respectivement des dépenses de 0,9 million de dollars et de 0,8 million de dollars.

Les données de 2014 révèlent que les dépenses spécifiques à la nutrition de la part de tous les donateurs ont profité à au moins 116 pays différents. Ces dépenses sont néanmoins largement concentrées dans 12 pays particuliers, qui sont, du plus gros bénéficiaire au plus faible : l'Éthiopie, le Yémen, le Mali, le Mozambique, le Bangladesh, le Rwanda, le Malawi, le Niger, l'Inde, le Sénégal, le Kenya et la Tanzanie. Ces pays ont en effet reçu plus de la moitié (51 %) de l'ensemble des décaissements en 2014[14]. L'Éthiopie a reçu 8 % des décaissements en faveur des pays, soit la part la plus importante pour un pays individuel.

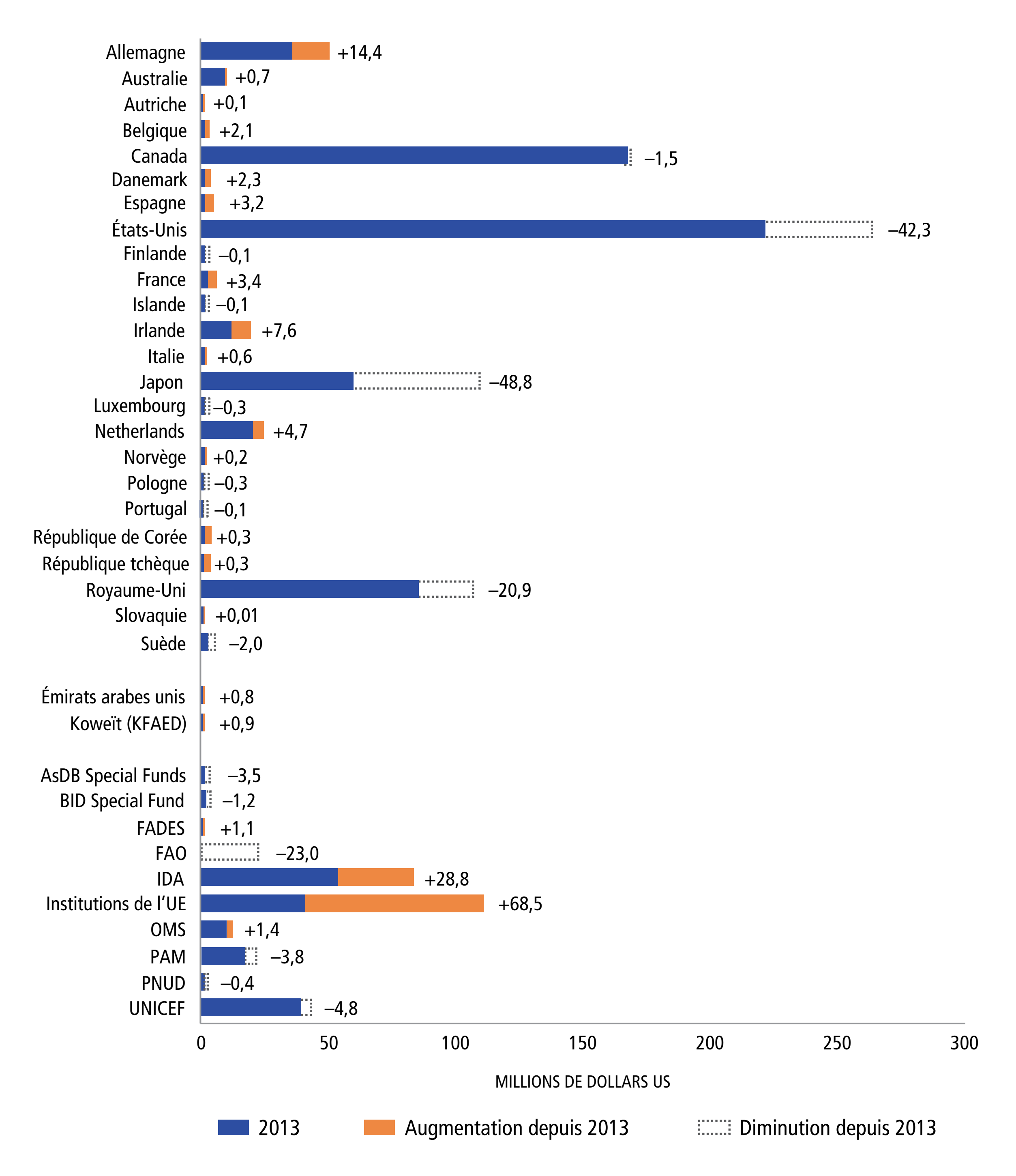
FIGURE 7.10 Dépenses d'APD des donateurs sur les interventions spécifiques à la nutrition, 2005-2014



Source : Development Initiatives, d'après l'OCDE (2016a).

Note : Les montants sont les décaissements bruts exprimés en prix constants de 2013. CAD = Comité d'aide au développement ; APD = aide publique au développement.

FIGURE 7.11 Évolution des dépenses spécifiques à la nutrition des donateurs nationaux et multilatéraux, 2013-2014



Source : Development Initiatives, d'après l'OCDE (2016a).

Note : Les montants sont fondés sur les décaissements bruts exprimés en prix constants de 2013. AsDB = Banque asiatique de développement ; BID = Banque interaméricaine de développement ; FADES = Fonds arabe pour le développement économique et social ; FAO = Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture ; IDA = Association internationale de développement ; KFAED = Koweït Fund for Arab Economic Development ; OMS = Organisation mondiale de la Santé ; PAM = Programme alimentaire mondial ; PNUD = Programme des Nations Unies pour le développement.

TABLEAU 7.1 Décaissements déclarés par les bailleurs de fonds en faveur de la nutrition dans les *Rapports sur la nutrition mondiale 2014–2016*, 13 donateurs (milliers de dollars)

Bailleurs de fonds	Décaissements spécifiques à la nutrition 2010	Décaissements spécifiques à la nutrition 2012	Décaissements spécifiques à la nutrition 2013	Décaissements spécifiques à la nutrition 2014
Allemagne	2 987	2 719	35 666	50 572
Australie	6 672	16 516	PR	20 857
Banque mondiale[d]	61 160	21 873	PR	PR
BMGF	50 060	80 610	83 534	61 700
Canada[a]	98 846	205 463	169 350	159 300
CIFF	980	5 481	37 482	26 750
États-Unis[c]	8 820	229 353	311 106	263 240
France	2 895	3 852	2 606	6 005
Irlande	7 691	7 565	10 776	19 154
Pays-Bas	2 661	4 007	20 216	25 025
Royaume-Uni	39 860	63 127	105 000	87 000
Suisse	0	0	0	0
UE[b]	50 889	8	54 352	44 680
Total des 13 donateurs	333 521	640 574	S.O.	S.O.
Bailleurs de fonds	**Décaissements contribuant à la nutrition 2010**	**Décaissements contribuant à la nutrition 2012**	**Décaissements contribuant à la nutrition 2013**	**Décaissements contribuant à la nutrition 2014**
Allemagne	18 856	29 139	20 642	51 547
Australie	49 903	114 553	PR	87 598
Banque mondiale[d]	PR	PR	PR	PR
BMGF	12 320	34 860	43 500	29 200
Canada[a]	80 179	90 171	PR	998 304
CIFF	0	0	854	154
États-Unis[c]	PR	1 857 716	2 206 759	2 619 923
France	23 003	27 141	33 599	PR
Irlande	34 806	45 412	48 326	56 154
Pays-Bas	2 484	20 160	21 616	18 274
Royaume-Uni	302 215	412 737	734 700	780 500
Suisse	21 099	28 800	29 160	26 501
UE[b]	392 563	309 209	315 419	570 890
Total des 13 donateurs	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.
Bailleurs de fonds	**Total des décaissements 2010**	**Total des décaissements 2012**	**Total des décaissements 2013**	**Total des décaissements 2014**
Allemagne	21 843	31 858	56 308	102 119
Australie	56 575	131 069	PR	108 455
Canada[a]	179 025	295 634	S.O.	1 157 604
États-Unis[c]	PR	2 087 069	2 517 865	2 883 163
France	25 898	30 993	36 205	S.O.
Irlande	42 497	52 977	59 102	75 308
Pays-Bas	5 145	24 167	41 832	43 299
Royaume-Uni	342 075	475 864	839 700	867 500
Suisse	21 099	28 800	29 160	26 501
UE[b]	443 452	309 217	369 771	615 570
Banque mondiale[d]	61 160	21 873	680 000	1 627 000
BMGF	62 380	115 470	127 034	90 900
CIFF	980	5 481	38 336	26 904
Total des 13 donateurs	S.O.	3 610 472	S.O.	S.O.

Source : Auteurs, d'après des données fournies par les bailleurs de fonds.

Notes : PR = Pas de réponse à notre demande de données. S.O. = Sans objet (impossible de calculer des totaux significatifs en raison d'un manque de données ou de données fournies au moyen d'une méthodologie autre que celle du Réseau de donateurs du Mouvement pour le renforcement de la nutrition). Les données ne sont pas exprimées en prix constants. Enfin, la plupart des donateurs déclarent leurs dépenses en dollars américains, et, lorsque ce n'est pas le cas, nous utilisons la moyenne annuelle du taux de change du marché pour la période concernée (https://www.irs.gov/Individuals/International-Taxpayers/Yearly-Average-Currency-Exchange-Rates). UE = Union européenne. BMGF = Fondation Bill et Melinda Gates. CIFF = Children's Investment Fund Foundation.

[a] La composante contribuant à la nutrition du gouvernement canadien pour 2014 est calculée selon une méthode différente de celle des autres pays. Cette méthode est disponible sur demande à l'adresse suivante : https://www.international.gc.ca/department-ministere/form_contact-formulaire_contacter.aspx?lang=fra.

[b] Lors du Sommet de la nutrition pour la croissance, l'Union européenne (UE) s'est engagée à verser 3,5 milliards d'euros entre 2014 et 2020 pour des interventions en faveur de la nutrition. Tout engagement correspond à un contrat financier juridiquement contraignant entre l'Union européenne et un partenaire donné. Les décaissements déclarés par l'Union européenne sont les montants totaux adjugés au titre de ces engagements. D'autres décaissements sont effectués en fonction d'un échéancier détaillé dans des contrats individuels, de l'état d'avancement de la mise en œuvre et du taux d'utilisation des fonds par le partenaire.

[c] La composante contribuant à la nutrition du gouvernement des États-Unis est calculée selon une méthodologie différente de celle utilisée par les autres pays (cf. Encadré 7.4).

[d] La Banque mondiale déclare que le total de ses décaissements pour 2013 couvre deux exercices financiers (2013 et 2014) et que le montant total de ses décaissements pour 2014 couvre également deux exercices financiers (2014 et 2015) ; ainsi, il n'est pas justifié de faire la somme de 680 millions de dollars et 1 627 millions de dollars, car cela reviendrait à compter deux fois ces montants.

ENCADRÉ 7.4 MÉTHODES UTILISÉES PAR LES BAILLEURS DE FONDS POUR ESTIMER LES ÉLÉMENTS DE DÉPENSES CONTRIBUANT À LA NUTRITION

LAWRENCE HADDAD ET JORDAN BEECHER

Comme en 2015, le présent *Rapport sur la nutrition mondiale* fait état des dépenses des bailleurs de fonds contribuant à la nutrition en utilisant la méthodologie du Réseau de donateurs du Mouvement pour le renforcement de la nutrition (SUN), à l'exception des États-Unis, qui déclarent leurs dépenses contribuant à la nutrition au moyen d'une méthode moins exigeante en ressources[1]. Quelle différence la méthodologie fait-elle ? Pour répondre à cette question, nous avons appliqué la méthodologie américaine aux autres donateurs du N4G afin de comparer les niveaux de dépenses contribuant à la nutrition générés par les deux méthodes, et le classement des donateurs généré par chaque série d'estimations. Les résultats sont présentés dans le tableau ci-après.

La méthodologie du gouvernement des États-Unis tend à gonfler les estimations de décaissements contribuant à la nutrition pour tous les bailleurs de fonds. Cette inflation est très marquée pour certains donateurs — les allocations de l'Allemagne et des Pays-Bas sont gonflées par un facteur de 10. Les classements sont eux aussi très nettement altérés. Bien que les deux plus grands donateurs contribuant à la nutrition dans ce tableau restent les mêmes (Royaume-Uni et Australie), les cinq pays des rangs inférieurs obtiennent un classement nettement divergent.

La méthodologie a son importance. Compte tenu du fait que la méthodologie du Mouvement SUN est plus affinée que celle des États-Unis, nous recommandons que tous les pays utilisent la méthodologie SUN pour déclarer leurs décaissements contribuant à la nutrition.

QUELLE DIFFÉRENCE LA MÉTHODOLOGIE FAIT-ELLE DANS LES DÉCAISSEMENTS CONTRIBUANT À LA NUTRITION ?

Pays	Rang	Décaissements contribuant à la nutrition, 2013 (millions USD) MÉTHODE DU RÉSEAU DE DONATEURS DU MOUVEMENT SUN		Pays	Rang	Décaissements contribuant à la nutrition, 2013 (millions USD) MÉTHODE DU GOUVERNEMENT DES ÉTATS-UNIS
Royaume-Uni	1	734,7		Royaume-Uni	1	949,0
Australie	2	74,7		Australie	2	224,4
Irlande	3	48,3		Allemagne	3	210,6
France	4	33,6		Pays-Bas	4	204,9
Suisse	5	29,2		Suisse	5	181,1
Pays-Bas	6	21,6		France	6	78,6
Allemagne	7	20,6		Irlande	7	37,2

Source : Analyse effectuée par Jordan Beecher de Development Initiatives.

Note : Ce tableau comprend les pays qui ont déclaré leurs dépenses contribuant à la nutrition au moyen de la méthode employée par le Réseau des donateurs du Mouvement SUN dans le *Rapport sur la nutrition mondiale 2015*. Les États-Unis ne peuvent pas figurer dans cette comparaison en raison de leur recours à une autre méthodologie pour déclarer leurs dépenses contribuant à la nutrition dans le *Rapport sur la nutrition mondiale 2015*.

Dépenses contribuant à la nutrition

D'après les données communiquées par les bailleurs de fonds aux auteurs du *Rapport sur la nutrition mondiale*, il semblerait que les dépenses (décaissements) contribuant à la nutrition aient largement augmenté des suites du Sommet de la Nutrition pour la croissance de 2013, bien que cette tendance soit difficile à apprécier. Le Tableau 7.1 présente les données et les avertissements. Les données chronologiques complètes qui manquent pour quatre des plus grands bailleurs de fonds (États-Unis, Banque mondiale, Union européenne et Canada) rendent impossible l'établissement d'une série chronologique globale utile. Quoi qu'il en soit, à y regarder de plus près, les différentes lignes du Tableau 7.1 font apparaître une tendance à la hausse entre 2010 et 2014 pour quasiment l'ensemble des donateurs dans la catégorie contribuant à la nutrition, ce qui, en soi, est encourageant. Par ailleurs, comme l'a suggéré le chapitre 6, la marge d'augmentation de cette source de financement en faveur de la nutrition demeure substantielle.

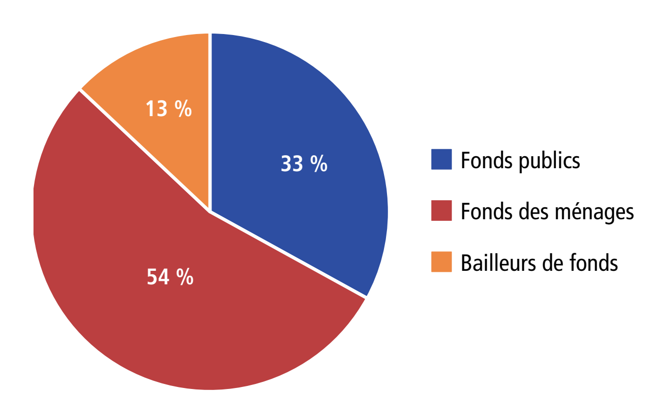
En dehors des déclarations contrastées de certains bailleurs de fonds, il importe pour l'ensemble de ces acteurs de résoudre le problème méthodologique lié à l'estimation des dépenses consacrées aux actions contribuant à la nutrition (Encadré 7.4).

ACTIONS DE LUTTE CONTRE LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES LIÉES À LA NUTRITION

Le chapitre 2 nous rappelait que les taux estimés du surpoids,

de l'obésité et de l'hyperglycémie augmentent dans quasiment tous les pays. Les coûts économiques associés à ces MNT liées à la nutrition sont élevés : le traitement de l'obésité engloutit à lui seul 2 % à 20 % des dépenses de santé (IFPRI 2015a). En dépit des impacts économiques particulièrement pervers de ces pathologies, rares sont les informations publiées au sujet du financement consacré à la prévention et à la maîtrise des MNT liées à la nutrition. Nous puisons ici dans les nouvelles informations publiées par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'Institut d'évaluation et de mesures de la santé (IHME) et la base de données du CAD/OCDE pour présenter les meilleures données disponibles à ce jour. Nous communiquons tout d'abord des informations au sujet des sources de financement pour toutes les MNT répertoriées dans les pays à faible revenu sélectionnés, suivies des informations les plus récentes au sujet du financement par les bailleurs de fonds de la lutte contre les MNT. Nous proposons ensuite une nouvelle analyse du financement lié à la nutrition dans cette catégorie.

FIGURE 7.12 Sources des dépenses pour les maladies cardiovasculaires, moyenne de huit pays à faible revenu



Source : Auteurs, d'après les rapports sur les comptes nationaux de la santé publiés dans la Base de données de l'Organisation mondiale de la Santé sur les dépenses de santé mondiales (OMS 2016w).

Notes : Les pays concernés sont le Bénin, le Burkina Faso, le Burundi, le Cambodge, la République démocratique du Congo, le Niger, le Togo et la République-Unie de Tanzanie. Trois types de dépenses de santé sont additionnés pour obtenir les chiffres des comptes nationaux de la santé. Il s'agit de dépenses affectées à une fin particulière (par ex., dépenses pour le Programme de lutte contre la TB, médicaments, et produits spécifiques), de dépenses partagées (notamment les salaires) réparties parmi les pathologies à partir des informations d'utilisation, et de la répartition proportionnelle des dépenses non affectées directement telle l'administration centrale de la santé (par ex., salaire du ministre de la Santé). Ce mécanisme crée une méthode standardisée d'affectation des dépenses partagées pour toutes les pathologies, veille à la cohérence interne des estimations et limite les initiatives de collecte de données multiples et parallèles à l'échelle des pays, qui sont exigeantes en main-d'œuvre.

Sources de financement des pays en matière de lutte contre les MNT

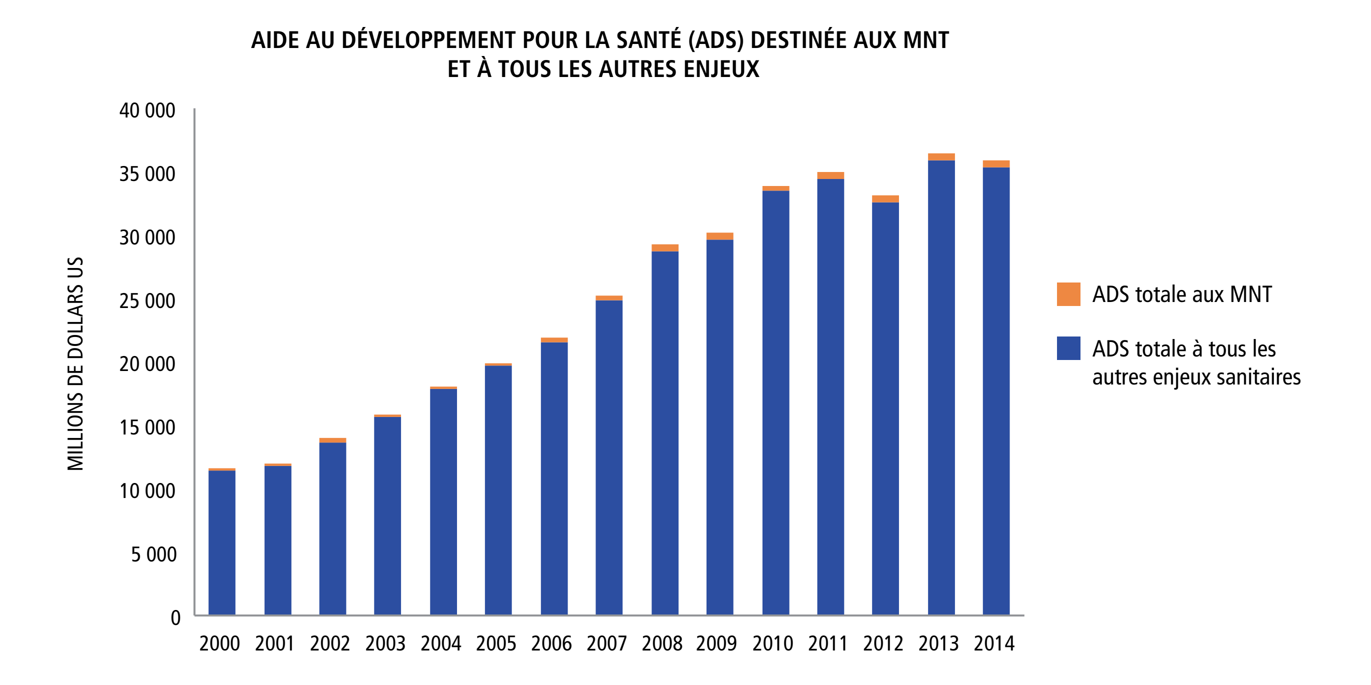
Les services de santé s'appuient sur trois sources principales : les dépenses personnelles des ménages (directement ou par le biais d'une assurance privée), les dépenses directes du gouvernement (recettes fiscales générales via la taxation des produits nocifs pour la santé), ou les montants provenant des régimes d'assurance publics, du secteur privé et des bailleurs de fonds. Cet assortiment de sources de financement varie très largement en fonction de la maladie ou de l'enjeu sanitaire, de même qu'en fonction du niveau de revenu des pays.

En raison du financement public limité, et contrairement à nombre d'autres domaines de santé, les ménages eux-mêmes prennent en charge une majeure partie du fardeau des MNT. Une analyse systématique récente de l'impact mondial des MNT sur les revenus des ménages (Jaspers et al. 2015) révèle par exemple que les patients souffrant de maladies cardiovasculaires (MCV) en Inde dépensent 30 % du revenu familial annuel en soins de santé directement liés aux MCV, sachant que la part moyenne des dépenses personnelles pour une hospitalisation a augmenté de 364 $ en 1995 à 575 $ en 2004. Les auteurs ont par ailleurs observé qu'en Inde, le risque de paupérisation imputable aux MCV était supérieur de 37 % à celui des maladies transmissibles. La même analyse établit que « 14,3 % des familles à revenu élevé en Chine avaient connu une forme de perte de revenus du ménage attribuable aux hospitalisations pour des cas de maladies cardiovasculaires (MCV), un taux qui atteint 26,3 % en Inde, 63,5 % en Tanzanie, et 67,5 % en Argentine » (Jaspers et al. 2015, 170).

De récentes données de l'OMS, tirées d'un échantillon de pays à faible revenu, établissent que plus de la moitié des dépenses courantes consacrées au traitement des MCV sont directement couvertes par les patients eux-mêmes et leur foyer, 33 % le sont par les gouvernements nationaux (mais seulement à partir des comptes des ministères de la Santé), et 13 % par les bailleurs de fonds (Figure 7.12).

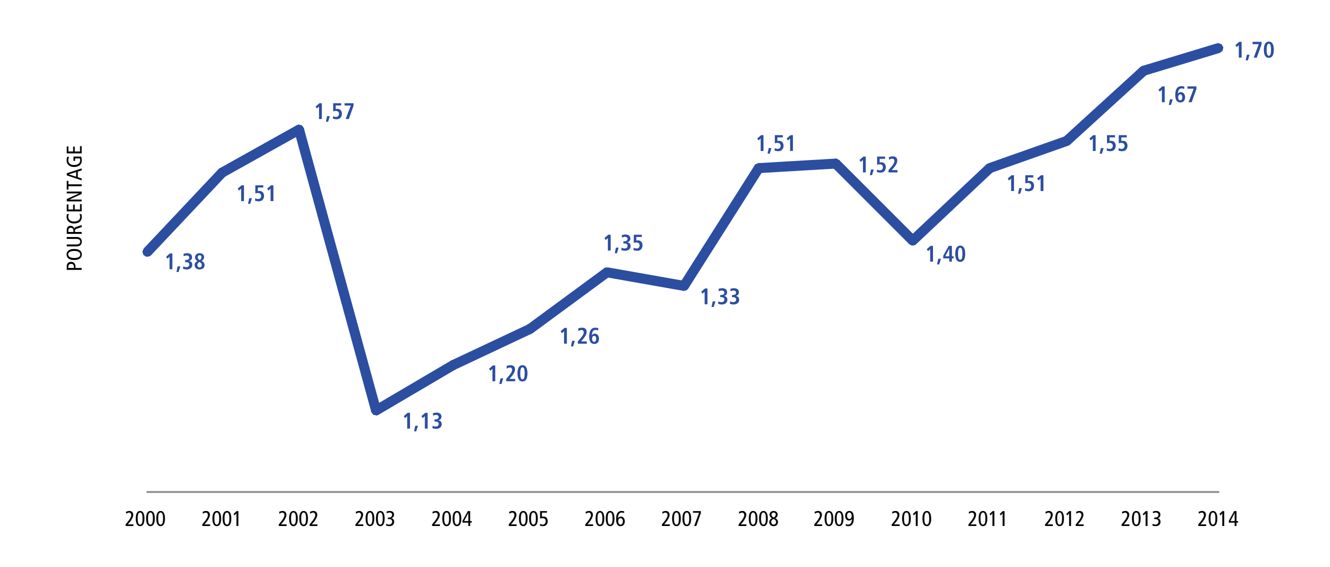
Dans les pays à revenu plus élevé, les dépenses personnelles sur les MNT sont un phénomène moins courant (OMS 2014c). Le financement public des MNT varie par ailleurs très nettement en fonction des pays. Dans les pays à revenu élevé et intermédiaire, le financement public de la prévention et de la maîtrise des MNT excède souvent le financement des autres besoins de santé, étant donné que les MNT sont le principal fardeau sanitaire. Cependant, les gouvernements des pays à revenu faible et intermédiaire inférieur ont, jusqu'ici, alloué très peu de leurs ressources à la prévention et à la maîtrise des MNT, y compris aux besoins liés à la nutrition (OMS 2015b). Bien qu'à présent, la moitié des pays dans leur ensemble aient chiffré des plans relativement aux MNT (cf. OMS 2012a, Figure 4), rares sont ceux qui suivent réellement les dépenses publiques sur l'ensemble du budget. Afin de mieux comprendre la totalité des dépenses publiques consacrées aux MNT et à la composante liée à la nutrition, il sera essentiel de procéder à une analyse des dépenses publiques consacrées aux MNT, ceci afin de promouvoir l'efficience, l'efficacité et la redevabilité par rapport à ces dépenses.

FIGURE 7.13 Aide des donateurs sur tous les enjeux sanitaires et sur les MNT, 2000-2014



Source : Auteurs, d'après les données de l'IHME décrites dans Dieleman et al. (2014).

Note : Les « autres enjeux sanitaires » représentent sept domaines d'intérêt : VIH/sida, paludisme, tuberculose, appui au secteur de la santé, santé de la mère, du nourrisson et du jeune enfant, prévention et maîtrise de la consommation de tabac, et autres.



Source : Auteurs, d'après les données de IHME décrites dans Dieleman et al. (2014).

Financement des bailleurs de fonds consacré à l'ensemble des MNT

Le financement des bailleurs de fonds peut se révéler un important catalyseur du financement des pays consacré aux MNT, mais ne devrait pas néanmoins se substituer à une réponse nationale. Comme nous le verrons dans cette section, le financement des bailleurs de fonds destiné aux MNT est faible. Dain (2015, 924) fait remarquer que les « MNT — à savoir le cancer, les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires chroniques et le diabète — causent 49,8 % des décès et invalidités dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire ». En fait, une analyse récente a conclu que les organisations non gouvernementales fournissaient collectivement plus d'aide que les donateurs bilatéraux dans le domaine des MNT, et presque autant que les organisations multilatérales (Nugent et Feigl 2010)

La Figure 7.13 fournit les estimations les plus récentes de l'aide au développement consacrée à l'ensemble des enjeux sanitaires et aux MNT en particulier. L'aide au développement destinée à tous les enjeux sanitaires autres que les MNT a fortement augmenté depuis 2000, alors que le modeste pourcentage de l'aide au développement consacrée aux MNT n'a progressé que très lentement, pour atteindre 1,7 % en 2014, ou 611 millions de dollars (Dieleman et al. 2014). Il importe de préciser ici que les pathologies liées à la nutrition ne sont qu'une composante des MNT

Financement des bailleurs de fonds consacré aux MNT liées à la nutrition

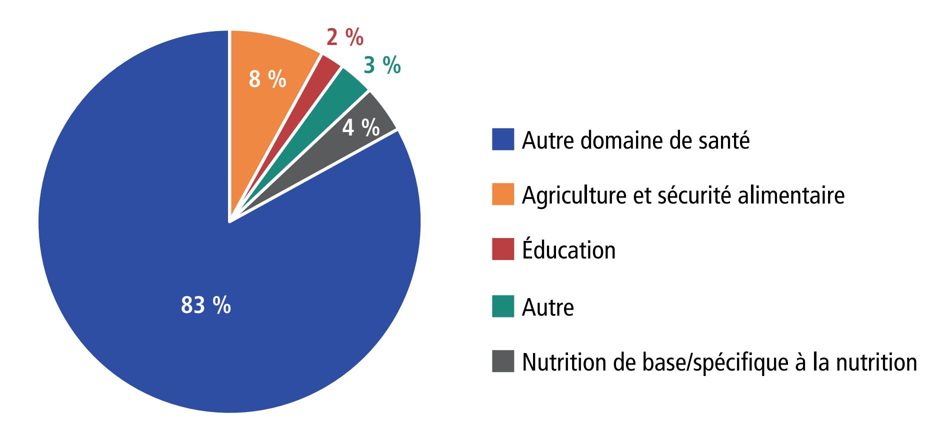
Comme nous l'avons évoqué, l'IHME estime que les bailleurs de fonds ont alloué 611 millions de dollars (ou 1,7 % de l'ensemble de l'aide au développement pour la santé) aux MNT en 2014. Toutefois, toute cette aide n'est pas allée aux MNT liées à la nutrition, de même que toutes les allocations destinées aux MNT liées à la nutrition ne se retrouvent pas dans le secteur de la santé.

Nous amorçons ici une analyse des données sur l'aide publique au développement (APD) axée sur les MNT liées à la nutrition. À l'heure actuelle, il n'existe aucun code dans le Système de notification des pays créanciers permettant de suivre l'APD axée sur les MNT[15]. Tandis que les discussions se poursuivent autour d'un système de suivi des MNT amélioré à travers le SNPC, ce système combinera toujours le financement de toutes les formes de MNT plutôt que les allocations strictement axées sur les aspects des MNT liés à la nutrition — régime alimentaire malsain, obésité et les issues de maladies elles-mêmes. Les capacités à suivre les dépenses des bailleurs de fonds axées sur les MNT reviennent à parler d'efficience et d'efficacité, mais également de redevabilité. Afin de nous donner un point de départ pour l'évaluation de ce déficit, nous avons procédé à une recherche dans l'ensemble de données du SNPC de sorte à recenser les activités se rapportant aux MNT liées à la nutrition et à produire une estimation du financement des MNT liées à la nutrition au cours de l'année 2014[16].

Sur les 441 entrées initialement recensées à l'issue de la recherche par mot-clé, 153 ont été jugées pertinentes au terme de l'analyse des informations déclarées. Ces 153 activités sont associées à des dépenses totales de 49,1 millions de dollars (en décaissements d'APD) et à des engagements équivalents à 44,7 millions de dollars. Ces chiffres représentent une fraction infime du total des décaissements d'APD de 135,2 milliards de dollars en 2014 (OCDE 2015) et 5 % des dépenses du CAD de l'OCDE en faveur des interventions spécifiques à la nutrition (Figure 7.9).

Les principaux donateurs de ces fonds étaient les États-Unis et l'Australie, qui ont décaissé respectivement 14,3 millions de

FIGURE 7.14 Dépenses d'APD consacrées aux MNT liées à la nutrition, par secteur, 2014



Source : Development Initiatives, d'après l'OCDE (2016a).

Note : Les montants sont basés sur les décaissements bruts de l'aide publique au développement en 2014.

dollars et 13,5 millions de dollars. Ces fonds ont été décaissés au profit d'au moins 55 pays différents. Les principaux bénéficiaires étaient le Kenya et Fidji, à hauteur respectivement de 14,8 millions de dollars et 7,9 millions de dollars. La majorité des entrées (86 % des décaissements) étaient déclarées dans le secteur de la santé, dont 2,1 millions de dollars décaissés au profit de projets inscrits sous le code « Nutrition de base », soit la variable rapprochée pour les dépenses spécifiques à la nutrition. D'autres dépenses liées aux MNT ont été recensées parmi les projets axés sur l'agriculture et la sécurité alimentaire, ainsi que l'éducation (Figure 7.14).

La divergence entre l'aide des bailleurs de fonds dirigée vers la santé et la charge de morbidité est bien connue (Dieleman et al. 2014). Sur la base de cette comparaison, le financement des bailleurs de fonds allant aux MNT est largement sous-représenté, même pour les pays à faible revenu. Il conviendrait, à court terme, que les champions de la nutrition trouvent le moyen d'intégrer les programmes axés sur les MNT liées à la nutrition dans les domaines qui constituent, à l'heure actuelle, des priorités pour les bailleurs de fonds. Un exemple concerne l'accent croissant de l'intégration des MNT dans les soins de santé primaires (Pettigrew et al. 2015).

APPELS À L'ACTION

1. **Augmenter les enveloppes budgétaires destinées aux programmes spécifiques à la nutrition.** Dans la droite ligne des analyses évoquées au chapitre 7, les gouvernements et les bailleurs de fonds doivent tripler leurs allocations aux interventions à fort impact qui ciblent le retard de croissance, l'émaciation, l'anémie et l'allaitement maternel exclusif sur la période 2016-2025, afin d'atteindre les cibles mondiales.
2. **Augmenter les enveloppes budgétaires destinées à l'obésité et aux maladies non transmissibles liées à la nutrition.** Le financement des politiques et interventions en matière d'obésité et de maladies non transmissibles liées à la nutrition représente une fraction infime des dépenses des budgets publics et de l'aide internationale. Les gouvernements devraient chiffrer leurs plans nationaux de redressement des maladies non transmissibles au fur et à mesure de leur élaboration, tandis que les bailleurs de fonds devraient appuyer ces plans.
3. **Élargir la part des budgets sectoriels qui ciblent l'amélioration de l'état nutritionnel.** Les gouvernements nationaux, la société civile et les agences de développement se doivent de redoubler d'efforts pour faire en sorte qu'un pourcentage élevé de leur budget destiné à l'agriculture, à l'éducation, au système alimentaire, aux systèmes de santé, à la protection sociale et aux activités WASH consacre davantage de ressources à la nutrition sous toutes ses formes. Ces budgets sont imposants, pourtant seule une petite fraction de leurs ressources est explicitement axée sur la nutrition. Une première étape fondamentale consiste à établir une base de référence et une cible de dépenses SMART dans chaque secteur. Les pays qui ont montré la voie de la budgétisation de la nutrition pourraient de nouveau donner l'exemple en communiquant leurs résultats par rapport à ces cibles dans le *Rapport sur la nutrition mondiale 2017*.
4. **Il est impératif que tous les acteurs suivent de façon plus cohérente leurs dépenses totales en faveur de la nutrition.** Les bailleurs de fonds, compte tenu de leur rôle catalyseur et de l'importance relative de leurs moyens, devraient faire état de leurs engagements — et décaissements — à l'égard de leurs actions de financement spécifiques à la nutrition. Ils devraient par ailleurs faire état de leurs engagements et décaissements contribuant à la nutrition — à partir des secteurs sociaux et de développement plus larges qui influent sur la nutrition — chaque année, au moyen de la même méthodologie, à compter du *Rapport sur la nutrition mondiale 2017*.
5. **Améliorer le fonctionnement des codes du Système de notification des pays créanciers pour une redevabilité accrue en matière de nutrition.** D'ici le Sommet N4G de 2020, la base de données du Comité d'aide au développement de l'Organisation de coopération et de développement économiques devrait développer des codes pour les dépenses d'aide au développement sur des projets de lutte contre la sous-alimentation contribuant à la nutrition et des projets axés sur les maladies non transmissibles liées à la nutrition.



8 MESURE DES AVANCÉES VERS L'ATTEINTE DES CIBLES

PRINCIPAUX RÉSULTATS

Ce chapitre porte sur les données ventilées : ce qu'elles nous révèlent sur les endroits où concentrer nos efforts et les possibilités de collecte et d'utilisation de ces données.

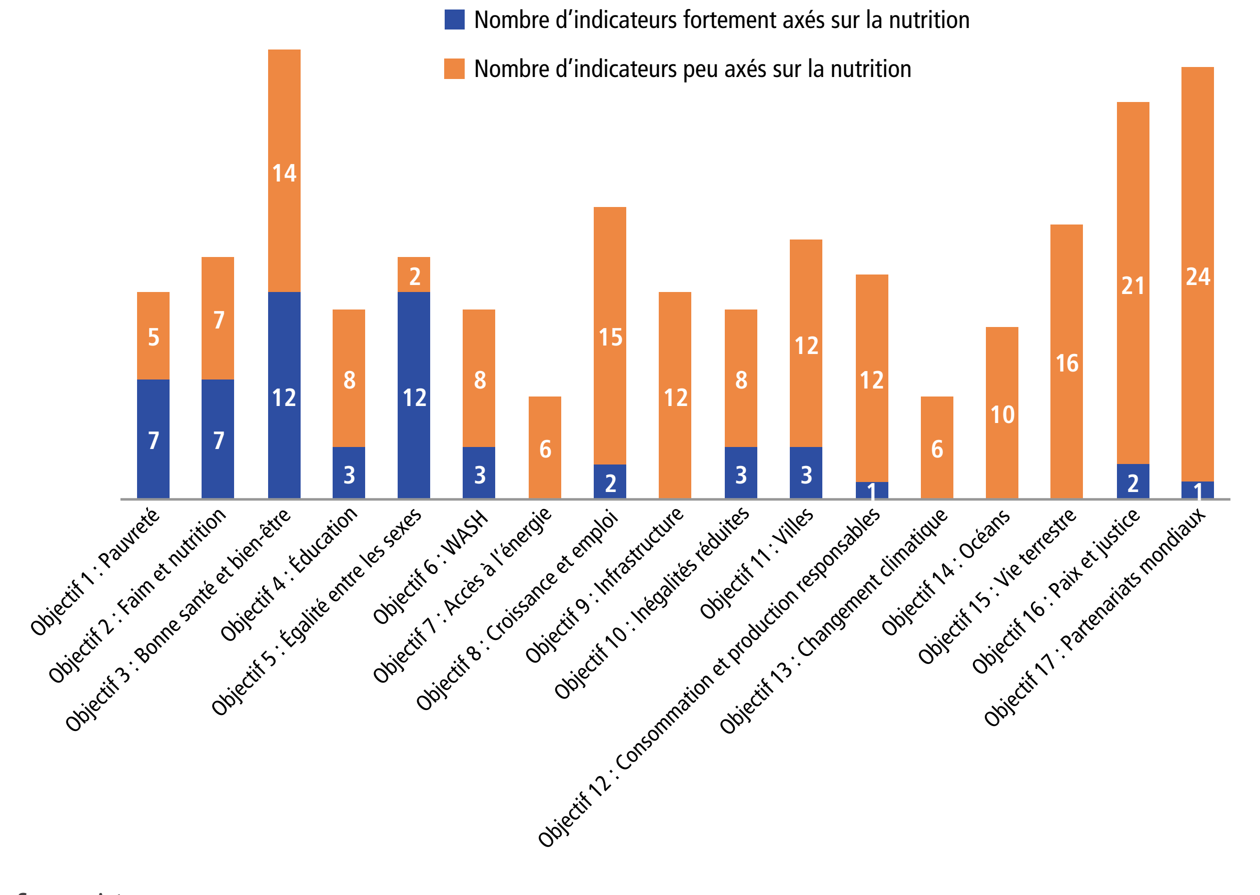
- Sur les 17 Objectifs de développement durable (ODD), 12 contiennent des indicateurs fortement axés sur la nutrition. Autrement dit, ceux qui revendiquent la redevabilité en matière de nutrition devraient déployer leurs efforts bien au-delà de l'ODD 2.
- Les données nationales ventilées identifient les sous-groupes souvent plus susceptibles d'être mal nourris. Par exemple, les mères de moins de 18 ans sont plus susceptibles d'avoir des enfants souffrant d'un retard de croissance, tandis que cette affection est moins fréquente chez les enfants dont la mère a fait des études secondaires. Dans nombre de pays, même le quintile le plus riche enregistre des taux de retard de croissance supérieurs à 20 %.
- Les données infranationales peuvent aider à orienter les dépenses en matière de nutrition là où les besoins sont les plus pressants. Ces données révèlent de grandes divergences dans les taux de retard de croissance au sein des pays, de nombreuses régions infranationales présentant en effet des taux trois fois plus élevés que la région affichant le taux le plus faible.
- L'augmentation de la production de données ventilées est tributaire de la demande, des capacités, du contexte et des coûts. Certains pays explorent la possibilité de mesurer les indicateurs prioritaires plus près du terrain et d'évaluer un plus large éventail d'indicateurs à l'échelle régionale. D'autres envisagent de combiner différentes enquêtes afin de dégager des tendances et de cibler les interventions.
- Près de 60 millions de personnes sont déplacées par les conflits, mais du fait de leur absence des plans nationaux pour la nutrition, les données dont nous disposons sur leur accès aux services et sur leur état nutritionnel sont limitées.
- La prévalence du retard de croissance et de l'émaciation est plus élevée dans les 50 pays classés « États fragiles » par l'Organisation de coopération et de développement économiques. Nous n'en savons pas suffisamment sur les tendances dans ces pays pour nous atteler à ce défi avec toute l'efficacité voulue.

AFIN DE GUIDER ET DE SUIVRE NOS EFFORTS EN MATIÈRE DE RÉDUCTION DE LA MALNUTRITION, AINSI QUE D'EN TIRER DES ENSEIGNEMENTS, NOUS AVONS BESOIN DE DONNÉES CRÉDIBLES, actuelles et utiles sur les résultats et les intrants nutritionnels. À l'époque des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), la quantité de données dont nous disposions pour évaluer les avancées sur le front du développement affichait une croissance rapide grâce aux enquêtes officielles, aux données administratives, aux documents d'état civil et aux téléphones mobiles (Nations Unies 2014b ; Banque mondiale et OMS 2014).

Alors que nous entrons dans l'ère des Objectifs de développement durable (ODD), la simple adoption de ces derniers a déjà provoqué un vaste débat quant au volume et à la profondeur des informations nécessaires de sorte à accomplir une révolution des données pour le développement (cf. notamment, Banque mondiale 2015b). Dans le contexte de la nutrition, plusieurs nouveaux rapports — dont ceux de l'IFPRI (2014, 2015a) et du Panel mondial sur l'agriculture et les systèmes alimentaires pour la nutrition (GLOPAN 2015) — et nouvelles initiatives ont commencé à se pencher sur ces questions. Ils alimentent la mobilisation autour du libre accès (par ex., l'Initiative mondiale des données ouvertes pour l'agriculture et la nutrition [Global Open Data for Agriculture and Nutrition – GODAN]), du renforcement des capacités en matière de mesures et de méthodes (par ex., Méthodes et mesures novatrices pour des interventions agricoles et nutritionnelles [Innovative Methods and Metrics for Agriculture and Nutrition Actions – IMMANA]), de l'interopérabilité et de la réutilisation des données (par ex., Redevabilité relative à l'ODD 2 [SDG2 Accountability]), ainsi que de l'utilisation des nouvelles technologies (par ex., mNutrition).

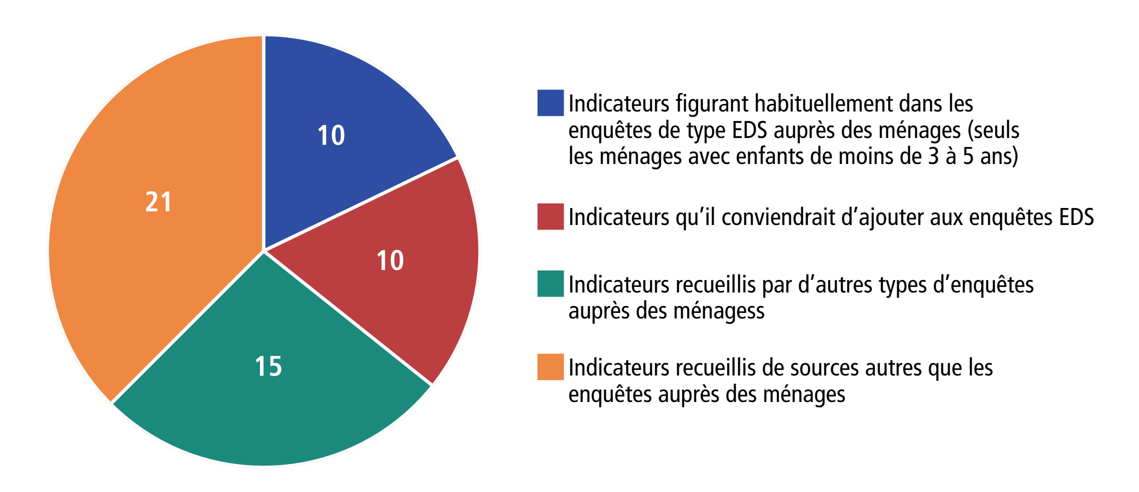
Ce chapitre porte principalement sur les données ventilées. Nos raisons pour avoir choisi cette partie des données terrain sur la nutrition sont multiples. Comme l'évoque le chapitre 1, il importe de définir clairement les populations ciblées par les engagements SMART (spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes et limités dans le temps), d'où la nécessité de se projeter au-delà des moyennes nationales. De plus, le défi des ODD consiste à tendre

FIGURE 8.1 Nombre d'indicateurs des Objectifs de développement durable fortement axés sur la nutrition, par objectif



Source : Auteurs.

FIGURE 8.2 Indicateurs des ODD axés sur la nutrition



Source : Auteurs.
Note : EDS = enquête démographique et sanitaire.

vers une prévalence zéro de la malnutrition (par ex., l'Objectif 2.2 : « d'ici à 2030, mettre fin à toutes le formes de malnutrition »), d'où la nécessité d'améliorer l'état nutritionnel de tous les groupes, peu importe leur degré d'exclusion ou de marginalité. Ainsi, nous interrogeons-nous : quelles sont les possibilités du point de vue de la ventilation des données existantes ? Quelles autres options s'offrent à nous pour estimer l'état nutritionnel à des niveaux de détail très poussés ? Nous nous intéressons aux coûts ainsi qu'aux avantages de la ventilation des données. Nous accordons également une attention particulière à nos capacités de suivi de l'état nutritionnel d'un groupe particulièrement vulnérable — les personnes déplacées par les conflits — dont le nombre est monté en flèche au cours de l'année écoulée pour atteindre les 60 millions à l'échelle planétaire.

Cependant, avant d'explorer en profondeur les données ventilées comme un moyen de promouvoir la redevabilité à l'égard des diverses populations vulnérables, nous examinons l'étendue des indicateurs que les ODD nous encouragent à mettre à profit lors du suivi des résultats et des intrants nutritionnels à tous les niveaux.

INDICATEURS AXÉS SUR LA NUTRITION DANS LES ODD

Lorsque nous réfléchissons à la pertinence des ODD pour la nutrition, il est tentant de ne s'intéresser qu'à l'ODD 2 (« Éliminer la faim, assurer la sécurité alimentaire, améliorer la nutrition et promouvoir l'agriculture durable ») pour trouver les indicateurs qui documentent les résultats et intrants nutritionnels. L'ODD 2 comprend en effet trois des indicateurs de l'Assemblée mondiale de la Santé pour la sous-alimentation : retard de croissance, émaciation et surpoids chez les enfants de moins de 5 ans. Toutefois, les ODD offrent bien d'autres occasions de redevabilité aux acteurs qui souhaitent accélérer les améliorations en matière de nutrition.

Une analyse de l'intérêt pour la nutrition des 242 indicateurs proposés pour les 17 objectifs (Annexe 8 en ligne) a fait ressortir 53 indicateurs qui servent d'intrants pour la nutrition (de proximité variable) et 3 qui aident à décrire la situation nutritionnelle, ce qui nous donne un total de 56. La répartition de ces 56 indicateurs en fonction des différents Objectifs de développement durable est illustrée dans la Figure 8.1. Il convient de préciser que l'ODD 2 contient seulement 7 des 56 indicateurs. Précisons, en outre, que d'aucuns réfléchiront à leur propre niveau aux indicateurs qui devraient faire partie du plus vaste ensemble d'ODD en faveur de la nutrition. En fait, une fois que la liste d'indicateurs des ODD sera définitivement établie, le milieu de la nutrition devrait arriver à un consensus sur les indicateurs de nutrition qui méritent d'être suivis de plus près. Le nouveau Projet de collaboration sur les données sanitaires (Health Data Collaborative 2016), avec ses 100 indicateurs sanitaires de base (dont 12 sont des pratiques et des résultats nutritionnels répertoriés à titre de « facteurs de risque »), pourrait se révéler un modèle à suivre pour le milieu de la nutrition sur la voie de l'établissement d'un ensemble consensuel.

Les ODD représentent une superbe occasion de renforcer la redevabilité dans le domaine de la nutrition. Il importe de saisir cette occasion et que les pays établissent leur propre ensemble général d'indicateurs nutritionnels des ODD dans le contexte de processus nationaux de renforcement des plans pour la nutrition, d'établissement de cibles nationales et de création des capacités nécessaires à l'évaluation des avancées vers l'atteinte de ces cibles.

Les données sur les indicateurs nutritionnels des ODD proviendront de diverses sources. Certaines seront tirées des principales sources de données sur la nutrition — à savoir les enquêtes démographiques et sanitaires (EDS) et les enquêtes par grappes à indicateurs multiples (EGIM) —, mais ces exercices ne sauraient suffire à eux seuls pour couvrir nombre d'indicateurs supplémentaires.

ENCADRÉ 8.1 ÉTUDE DE CAS D'UNE EDS PERMANENTE AU PÉROU

MONICA KOTHARI ET SHEA RUTSTEIN

Le Pérou a été le premier pays à entreprendre une enquête démographique et sanitaire (EDS) permanente. L'EDS est considérée comme permanente lorsqu'elle est menée sur une base annuelle. Cette enquête permanente a remplacé, au Pérou, l'EDS standard qui était réalisée tous les trois à cinq ans. L'enquête permanente a répondu à deux des besoins exprimés par le Pérou. Tout d'abord, le pays devait répondre à une demande croissante de données disponibles plus fréquemment qu'à intervalle type de cinq ans entre les EDS standard, afin de suivre plus efficacement les progrès des programmes démographiques et sanitaires. Il se devait, ensuite, d'institutionnaliser ses capacités de réalisation des EDS.

L'enquête permanente du Pérou a commencé avec un échantillon de 6 000 ménages en 2004 (pour le cycle de 2004 à 2007), pour s'étendre aujourd'hui à un échantillon de près de 40 000 ménages. Durant le cycle de 2008, le gouvernement péruvien voulait accroître la taille de l'échantillon afin d'obtenir chaque année des estimations à l'échelle infranationale (du département). L'Initiative de nutrition des enfants (Child Nutrition Initiative), lancée pendant le mandat du président Alan Garcia, nécessitait, en 2008, des données anthropométriques provenant de chaque département. À peu près au même moment, le ministère des Finances a établi un cadre de « gouvernance en fonction des résultats », dont la mise en œuvre exigeait des données annuelles à l'échelle des départements. Pour répondre à ce besoin de données, le Congrès du Pérou a approuvé et continue d'approuver un poste budgétaire d'environ 2,5 millions de dollars consacré à la conduite de l'enquête permanente chaque année. Ainsi, au fil du temps, un ferme engagement politique a appuyé la collecte et la communication de données, du bureau du Président aux instances politiques inférieures.

L'enquête permanente du Pérou en est à son 11e cycle. Une unité d'enquête permanente est établie au sein de l'Institut national de statistique et d'informatique (INEI), et plusieurs membres du personnel de l'INEI sont des fonctionnaires affectés à temps plein à l'enquête. Cette unité a d'ailleurs connu un très faible renouvellement du personnel.

Les avantages financiers de l'institutionnalisation de l'EDS au sein du pays sont manifestes : le pays n'est plus à la merci du financement et des priorités imprévisibles des bailleurs de fonds. De plus, l'institutionnalisation permet de conserver des employés affectés à temps plein à l'EDS, plutôt que de consacrer des ressources à former encore et encore du personnel à court terme à quelques années d'intervalle. En outre, l'enquête permanente offre le potentiel de produire des données de meilleure qualité, le personnel permanent ayant plus intérêt à respecter les normes de performance qu'un personnel à court terme. La qualité des données est également présumée plus élevée dans le modèle d'enquête permanente, car celui-ci permet l'identification et la correction rapides des erreurs. Grâce aux cycles de collecte de données plus fréquents dans ce modèle, la conception de l'enquête peut être plus flexible et sensible aux besoins d'informations spéciales exprimés par les utilisateurs. Enfin, les données actualisées sont publiées plus souvent dans le cadre de ce modèle d'enquête.

Toutefois, le modèle d'enquête permanente est confronté à plusieurs défis potentiels. L'intégration de cet exercice dans les infrastructures organisationnelles existantes peut s'avérer difficile, en particulier lorsque le personnel actuel a peu de temps à consacrer à des activités supplémentaires. La conception de l'enquête permanente est plus complexe et exige davantage d'assistance technique que les concepts d'EDS standard. L'obtention d'un flux de financement constant pour le modèle d'enquête permanente peut également poser problème. En outre, la conduite d'enquêtes tous les ans dans des conditions difficiles sur le terrain peut engendrer la fatigue du personnel. Enfin, certaines demandes de données peuvent être difficilement satisfaites dans le contexte d'une enquête permanente (Rutstein et Way 2014).

La Figure 8.2 répartit les 56 indicateurs de la Figure 8.1 en quatre catégories : 1) ceux qui figurent habituellement dans les EDS, 2) ceux qui pourraient être ajoutés aux EDS, 3) ceux qui sont recueillis par d'autres enquêtes auprès des ménages, et 4) ceux qui sont recueillis par des sources autres que les enquêtes auprès des ménages[1]. Comme l'illustre la Figure 8.2, une EDS type couvre moins d'un cinquième des indicateurs nutritionnels des ODD. Une proportion semblable est couverte par les EGIM. La collecte de données des ODD sur la nutrition devra manifestement s'appuyer sur un large éventail de sources. En effet, l'un des indicateurs des ODD vise à établir la proportion de l'ensemble des indicateurs des ODD produits à l'échelle nationale. Ainsi, un bon indicateur de redevabilité à suivre pour le milieu de la nutrition serait la proportion d'indicateurs nutritionnels des ODD produits nationalement.

Compte tenu du fait que beaucoup de ces indicateurs n'existent pas encore, nous ne comptons qu'environ 15 des 56 indicateurs nutritionnels des ODD dans les profils nutritionnels nationaux du présent *Rapport sur la nutrition mondiale*[2], profils que nous réévaluerons en conséquence pour le *Rapport sur la nutrition mondiale 2017*, à la lumière de la série d'indicateurs des ODD, avant d'explorer les possibilités d'améliorer l'alignement entre les deux.

Si le processus de communication des ODD suit celui des OMD, la production de rapports sur les indicateurs des ODD devrait se faire chaque année. Or la collecte annuelle de données — en particulier celles tirées des enquêtes auprès des ménages — est une activité laborieuse. Le Pérou donne un bon exemple des avantages et des coûts liés à l'institutionnalisation de la collecte annuelle de données tirées d'enquêtes sur la nutrition (cf. Encadré 8.1)[3]. En théorie, le Pérou présente un modèle d'institution autonome de collecte de donnée et de production de rapports. En pratique, cependant, comme le mentionne l'encadré, il a été difficile de trouver les ressources nécessaires pour répliquer le modèle ailleurs.

VENTILATION DES DONNÉES DES EDS SUR LE RETARD DE CROISSANCE

Le préambule du Programme de développement durable à l'horizon 2030, dans lequel les dirigeants mondiaux ont annoncé les ODD, déclare : « Nous sommes résolus à libérer l'humanité de la tyrannie de la pauvreté et du besoin, à prendre soin de la planète et à la préserver. Nous sommes déterminés à prendre les mesures audacieuses et porteuses de transformation qui s'imposent d'urgence pour engager le monde sur une voie durable, marquée par la résilience. Et nous nous engageons à ne laisser personne de côté dans cette quête collective » (Nations Unies 2015, nous soulignons).[4]

Cette section décrit certaines tendances infranationales des taux de retard de croissance pour les ensembles de données des EDS. L'intention ici est de mettre en exergue les grandes divergences entre les taux de malnutrition selon la richesse, la scolarité, l'âge de la mère à la naissance, le lieu de résidence et le sexe. Les données sont résumées dans les Figures 8.3 à 8.7[5]. Les enquêtes sont les dernières EDS ventilées dont nous disposons pour chaque pays. L'analyse bénéficie ainsi de données plus récentes que les analyses de Black et al. (2013) et de Bredenkamp et al. (2014). En outre, nous classons les données de différentes manières pour en tirer de nouveaux enseignements.

- **Richesse :** La Figure 8.3a compare les taux de retard de croissance entre le quintile le plus pauvre et le plus riche. Les tendances sont semblables à celles que nous avons observées dans Black et al. (2013). Nous classons les pays en fonction du taux de retard de croissance du quintile le plus riche. Comme l'on pouvait s'y attendre, les taux de retard de croissance sont plus faibles dans ce quintile, quoique les niveaux puissent parfois être élevés chez les 20 % les plus riches (notamment au Timor-Leste, à Madagascar, au Burundi, au Malawi, au Niger et en Éthiopie). Nombre de pays affichent des taux de retard de croissance supérieurs à 20 % chez les enfants du quintile supérieur de richesse des ménages, ceci parce qu'il s'agit de pays à faible revenu, dans lesquels même les ménages du quintile supérieur sont très pauvres, mais aussi parce que la corrélation entre le revenu et le retard de croissance n'est pas aussi forte que l'on pourrait le croire (Ruel et Alderman 2013). Ainsi, les dirigeants des États indiqués à gauche du graphique auraient tort de présumer que les ménages relativement riches de leur pays sont en mesure de lutter contre le retard de croissance.

  La Figure 8.3b classe les pays en fonction de la taille de l'écart de la prévalence du retard de croissance entre le quintile le plus riche et le plus pauvre. Un écart important est révélateur d'inégalités au sein du pays. Tous les pays devraient s'efforcer d'offrir à l'ensemble de leur population des chances égales d'accéder à de bons intrants nutritionnels. Diverses approches sont présentées dans Chopra et al. (2012) pour la couverture des programmes de nutrition et de santé, et dans Haddad (2015) relativement aux interventions de réduction de la pauvreté.
- **Milieu rural ou urbain :** La Figure 8.4 compare les taux de retard de croissance entre milieu urbain et milieu rural. Là encore, les tendances s'apparentent à celles que nous avons observées dans Black et al. (2013). Les enfants en milieu rural affichent des taux de retard de croissance plus élevés, mais, dans 13 pays, même les enfants en milieu urbain présentent des taux de retard de croissance de 30 % ou plus. La figure classe les pays en fonction de l'écart rural-urbain, de sorte qu'un certain nombre de pays se retrouvent du côté gauche à la fois dans cette figure et dans la Figure 8.3b, reflétant un ensemble similaire d'inégalités, manifestes cette fois entre les milieux ruraux et urbains.
- **Âge de la mère à la naissance :** La Figure 8.5 présente la prévalence du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans en fonction de l'âge de leur mère à leur naissance. En effet, la jeunesse de la mère constitue un facteur de risque pour la petite taille à la naissance (Kozuki et al. 2013). Nous comparons donc la prévalence du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans dont la mère était âgée de moins de 18 ans à la naissance avec celle des enfants de la même tranche d'âge dont la mère était âgée de 18 ans ou plus à la naissance. Dans certains pays, la différence entre les deux groupes est frappante. Au Ghana et en Ouganda, par exemple, les différences dans la prévalence du retard de croissance frôlent les 20 points de pourcentage ; elles excèdent les 5 points de pourcentage dans plus de la moitié des pays.
- **Scolarité de la mère :** Nous avons appris dans le chapitre 1 que l'autonomisation des femmes est essentielle à l'élimination de la malnutrition et que l'éducation constitue un vecteur important de cette autonomisation. La Figure 8.6 met en contraste les taux de retard de croissance selon les extrêmes du spectre de scolarité de la mère (scolarité élevée — c'est-à-dire au-delà du niveau secondaire — contre aucune scolarité). Les écarts entre les taux de retard de croissance des deux extrêmes de scolarité sont plus importants que ceux observés pour les groupes de richesse dans les Figures 8.3, soulignant la forte influence de la scolarité des filles sur l'état nutritionnel de leurs enfants. Toutefois, un niveau de scolarité supérieur au secondaire n'offre aucune garantie contre les taux élevés de retard de croissance : huit pays affichent des taux supérieurs à 20 % pour les mères ayant un niveau de scolarité plus élevé que le secondaire.
- **Sexe de l'enfant :** La Figure 8.7 présente les données sur le retard de croissance selon le sexe de l'enfant. Dans pratiquement tous les pays, les taux de retard de croissance sont plus élevés chez les garçons que chez les filles, mais les écarts sont négligeables lorsque comparés aux autres facteurs de stratification[6]. Comme le fait remarquer l'Encadré 8.2, bien qu'il n'y ait pas de disparités majeures entre les sexes pour les taux de retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans, à mesure que les garçons et filles vieillissent, les disparités s'accentuent. Il n'existe pas non plus de disparités majeures entre les deux sexes du point de vue du surpoids chez les enfants de moins de 5 ans (Figure 8.8) ou des taux d'allaitement maternel exclusif (Figure 8.9).

Les enquêtes auprès des ménages peuvent aider à explorer et à déceler les différences dans les résultats en fonction du groupe ethnique, du degré de handicap et des antécédents de déplacement à l'intérieur ou à l'extérieur de leur pays. L'Encadré 8.2 met en exergue les résultats d'un récent rapport utilisant les données des EDS et des EGIM à cette fin. Les auteurs de l'encadré soutiennent

ENCADRÉ 8.2 NUTRITION ET EXCLUSION

MARIE RUMSBY, KATHERINE RICHARDS, FAIZA SHAHEEN, JONATHAN GLENNIE, AMANDA LENHARDT ET JOSE MANUEL ROCHE

De nombreux pays ont montré qu'il est possible de lutter contre la malnutrition. Cependant, pour des millions d'enfants qui en souffrent encore, les avancées n'ont pas été assez rapides ou égales. Un rapport récent (Shaheen et al. 2016) montre que certains groupes sont laissés pour compte à l'aube d'une ère où l'engagement des dirigeants internationaux consiste pourtant à « ne laisser personne de côté ».

Nos recherches (comprenant les données de la base de données GRID de Save the Children[1]) révèlent que les chances d'épanouissement et les résultats sanitaires relatifs aux enfants sont inférieurs à la moyenne s'il s'agit de filles, ou d'enfants réfugiés, déplacés ou handicapés, ou provenant d'une région défavorisée au sein d'un pays ou d'un groupe ethnique exclu. Non seulement ces enfants sont-ils pauvres, mais ils sont également victimes de discrimination et ont peu, voire aucune voix au chapitre dans les décisions qui affectent leur vie. Voici certaines des conclusions :

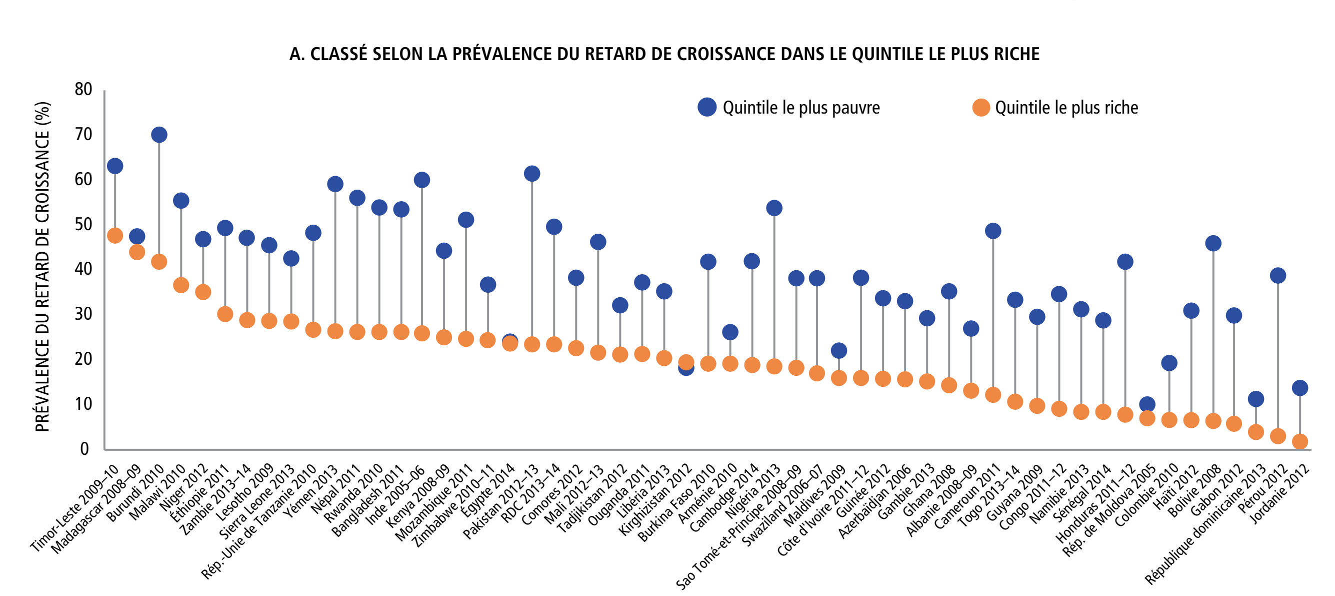
- Les inégalités en matière de retard de croissance entre les régions au sein des pays augmentent dans 52 % des pays pour lesquels nous disposons de données (Shaheen et al. 2016).
- Au Ghana, les Gourmantché encourent un risque de retard de croissance trois fois et demie supérieur à celui des Gas et des Adangmés. L'écart s'est accentué par rapport à 2008 où il n'était que du double (Shaheen et al. 2016).
- Au Viet Nam, les taux de malnutrition sont près de quatre fois plus élevés chez les enfants des groupes ethniques minoritaires que chez ceux de la majorité Kinh (GSO 2011).
- Un enfant vivant dans la région éloignée du nord-ouest du Nigéria — où les taux de retard de croissance frôlent les 55 % — encourt un risque de souffrir de malnutrition près de quatre fois supérieur à celui d'un enfant de la région du sud-est (Shaheen et al. 2016).
- Les rapports signalent constamment une incidence élevée de malnutrition, de retard de croissance et d'émaciation chez les enfants handicapés (AbdAllah et al. 2007). Par exemple, les enfants atteints de paralysie cérébrale peuvent présenter un risque d'insuffisance pondérale jusqu'à trois fois supérieur à celui des enfants non handicapés (Tuzun et al. 2013).

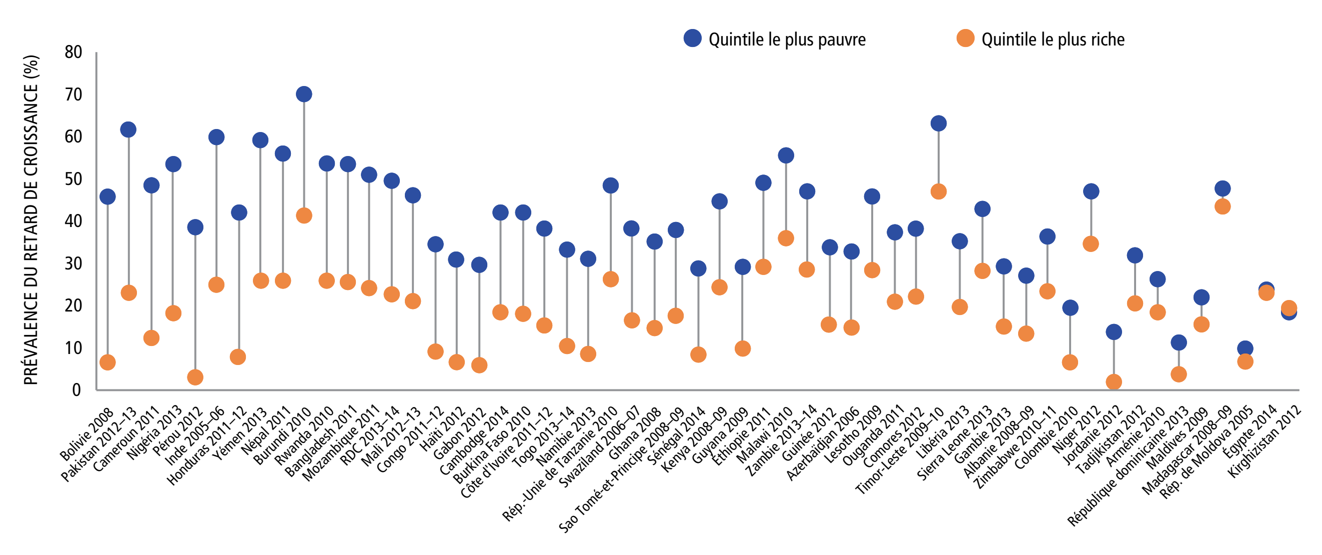
Quels éléments sous-tendent ces statistiques ?

- Origine ethnique : Les mauvais indicateurs de santé et de nutrition ne sont pas rares au sein des groupes ethniques défavorisés, en particulier chez les peuples autochtones. Les obstacles fréquemment observés comprennent le manque de couverture sanitaire, la redistribution inéquitable des revenus et l'accès médiocre à l'éducation, tel qu'observé dans les cas du Brésil (Ferreira et al. 2012) et de l'Afrique du Sud (Gradin 2015).
- Handicaps : De nombreux types de handicaps peuvent être causés par la malnutrition en raison d'un manque de micro ou macro-nutriments ou d'une exposition à des concentrations élevées d'anti-nutriments — à savoir des toxines trouvées dans les aliments, comme celles dans le manioc mal transformé, qui peuvent entraîner des dommages neurologiques permanents (Groce et al. 2013 ; Kuper et al. 2014). Les handicaps peuvent également être la cause de malnutrition en raison d'un apport réduit, d'une perte accrue ou d'un besoin en nutriments supplémentaires, qui peuvent exposer les enfants à d'autres complications (Gradin 2015).
- Enfants déplacés : Les déplacements de population dans le monde sont plus importants que jamais, étant estimés à 59,5 millions de personnes (en 2014) déplacées de force à cause de la persécution, des conflits, de la violence généralisée ou des violations des droits de l'homme (HCR 2014b). Les réfugiés sont durement touchés par la malnutrition et l'anémie, les maladies non transmissibles traitables, aggravées par le manque d'accès à leurs médicaments habituels, et les maladies infectieuses, notamment l'hépatite A et B et les maladies parasitaires (Langlois et al. 2016).
- Genre : Le traitement préférentiel en fonction du genre peut donner lieu à des différences dans les pratiques d'alimentation et l'apport alimentaire. Au Kenya, de forts préjugés sexistes dans la répartition alimentaire au sein des familles ont conduit à un nombre plus élevé de filles souffrant de malnutrition, de retard de croissance, d'émaciation et de maladies infectieuses (Ndiku et al. 2011). À l'échelle planétaire, bien qu'il n'existe pas de disparité majeure entre les sexes en ce qui concerne les taux de retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans (Shaheen et al. 2016), à mesure que les garçons et filles vieillissent, ces disparités s'accentuent (Bhutta et Zlotkin 2014) — le retard de croissance atteignant près de la moitié des adolescentes dans certains pays (Black et al. 2013). Les femmes sont particulièrement vulnérables à la malnutrition en raison de leurs besoins nutritifs élevés pendant la grossesse et l'allaitement et des inégalités de la pauvreté entre les sexes (Delisle 2008). Dans certains contextes, les taux élevés de grossesses adolescentes et de mariages précoces peuvent exacerber ces disparités.

que la redevabilité à l'égard des groupes exclus des ODD doit être beaucoup plus étendue qu'elle ne l'était dans le cadre des OMD. Les gouvernements ont la responsabilité humaine de veiller à recueillir suffisamment d'informations ventilées et transparentes pour comprendre quels groupes de leur population sont susceptibles d'être exclus et de quelle manière, afin de concevoir des solutions politiques et programmatiques englobant tous les groupes socio-économiques, ainsi que de remédier à cette exclusion quel qu'en soit le contexte.

FIGURE 8.3 Prévalence du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans, selon le quintile de richesse

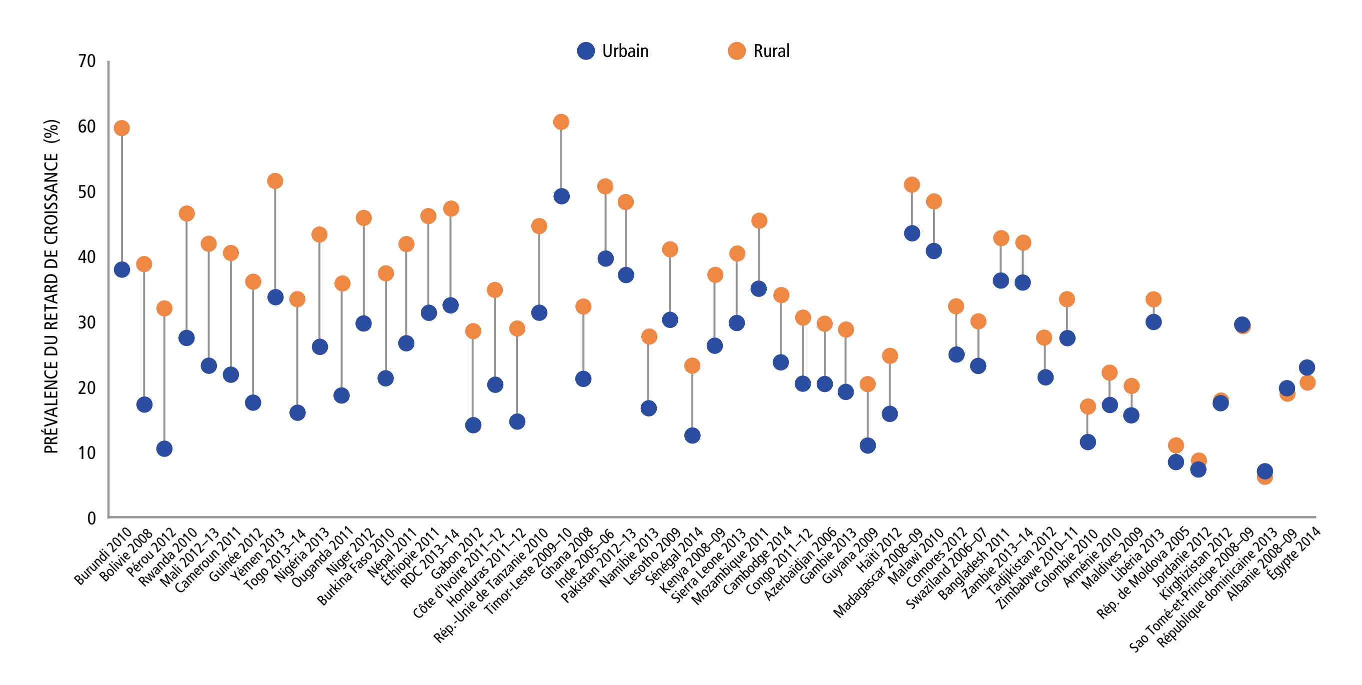




Source : Auteurs, d'après les données et l'analyse de Monica Kothari, enquêtes démographiques et sanitaires (EDS), 2005-2015.

Note : Des divergences peuvent se faire jour par rapport aux données figurant dans les rapports des EDS en raison des transformations ultérieures apportées par l'équipe EDS. Toutes les catégories de prévalence ont une valeur de n > 50. RDC = République démocratique du Congo.

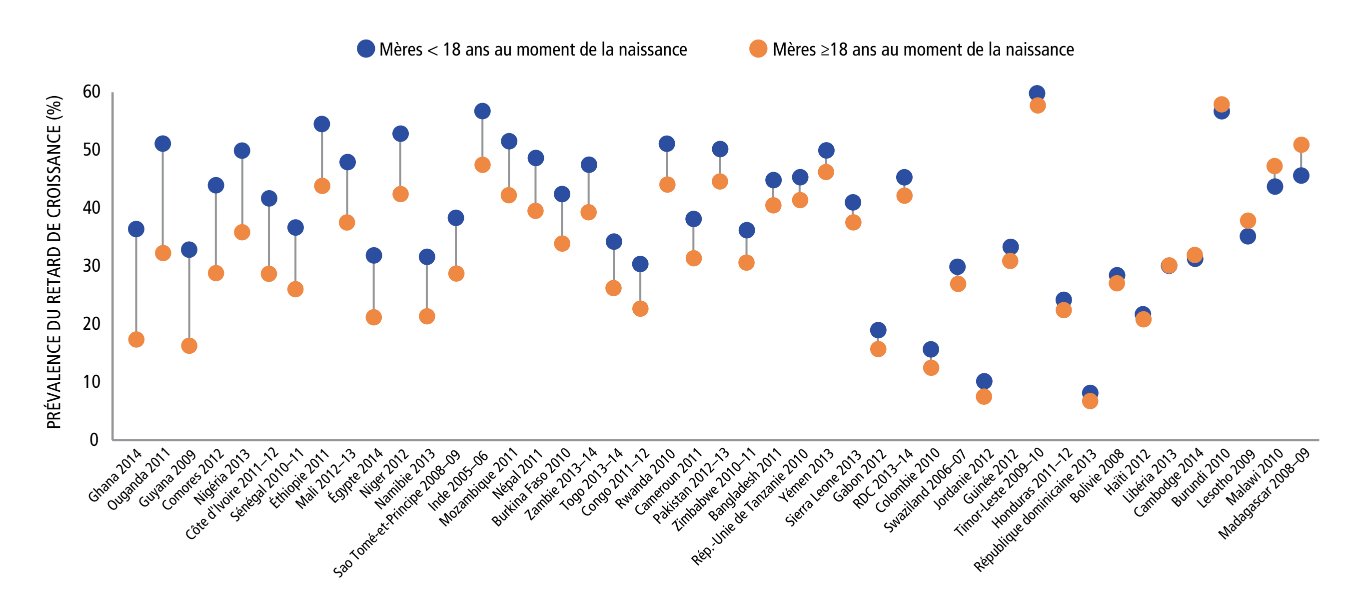
FIGURE 8.4 Prévalence du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans, en milieu urbain ou rural, classé selon la taille de l'écart



Source : Auteurs, d'après les données et l'analyse de Monica Kothari, enquêtes démographiques et sanitaires (EDS), 2005-2014.

Note : Des divergences peuvent se faire jour par rapport aux données figurant dans les rapports des EDS en raison des transformations ultérieures apportées par l'équipe EDS. Toutes les catégories de prévalence ont une valeur de n > 50. RDC = République démocratique du Congo.

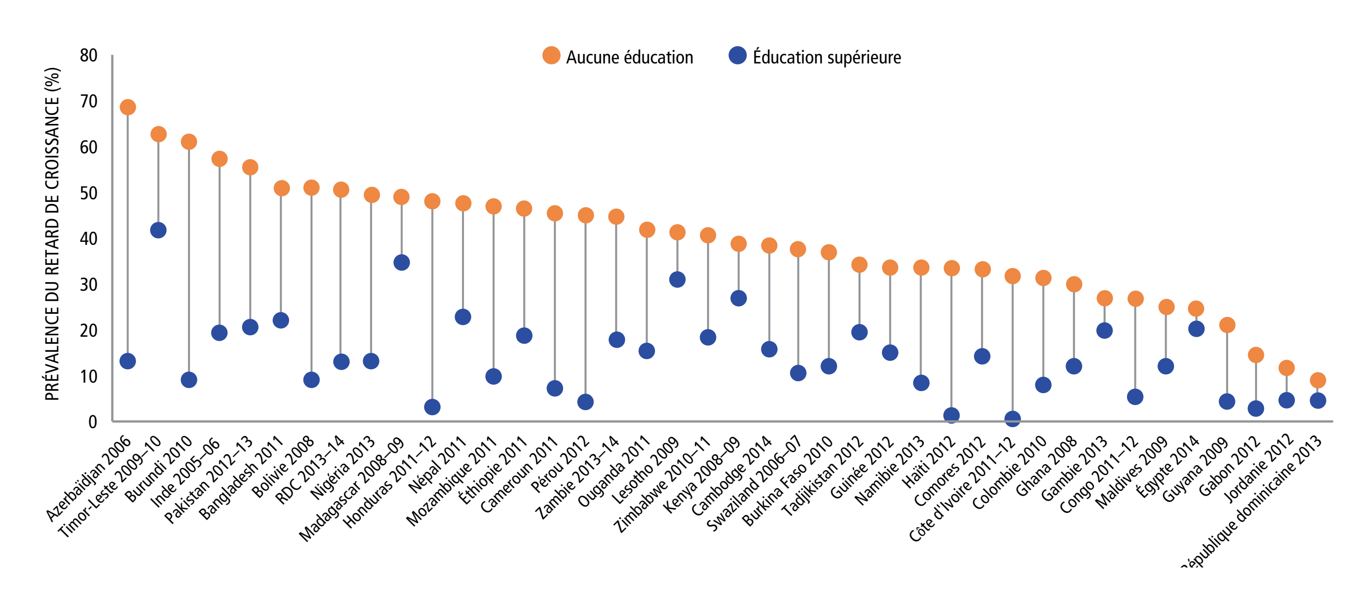
FIGURE 8.5 Prévalence du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans, en fonction de l'âge de la mère à la naissance de l'enfant, classé selon la taille de l'écart



Source : Auteurs, d'après les données et l'analyse de Monica Kothari, enquêtes démographiques et sanitaires (EDS), 2005-2014.

Note : Des divergences peuvent se faire jour par rapport aux données figurant dans les rapports des EDS en raison des transformations ultérieures apportées par l'équipe EDS. Toutes les catégories de prévalence ont une valeur de n > 50. RDC = République démocratique du Congo.

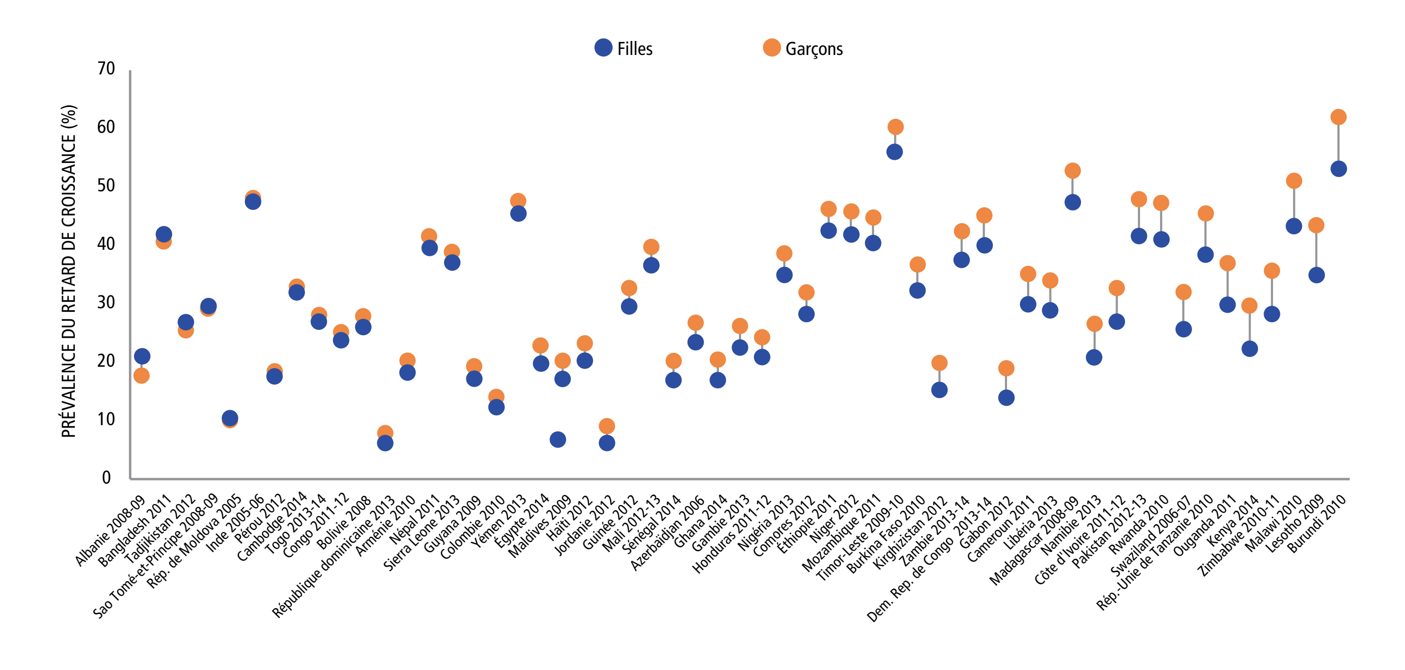
FIGURE 8.6 Prévalence du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans, en fonction de la scolarité de la mère, classé selon la prévalence chez les enfants dont la mère n'a aucune éducation



Source : Auteurs, d'après les données et l'analyse de Monica Kothari, enquêtes démographiques et sanitaires (EDS), 2005-2014.

Note : Des divergences peuvent se faire jour par rapport aux données figurant dans les rapports des EDS en raison des transformations ultérieures apportées par l'équipe EDS. Toutes les catégories de prévalence ont une valeur de n > 50. « Éducation supérieure » signifie au-delà du niveau secondaire. RDC = République démocratique du Congo.

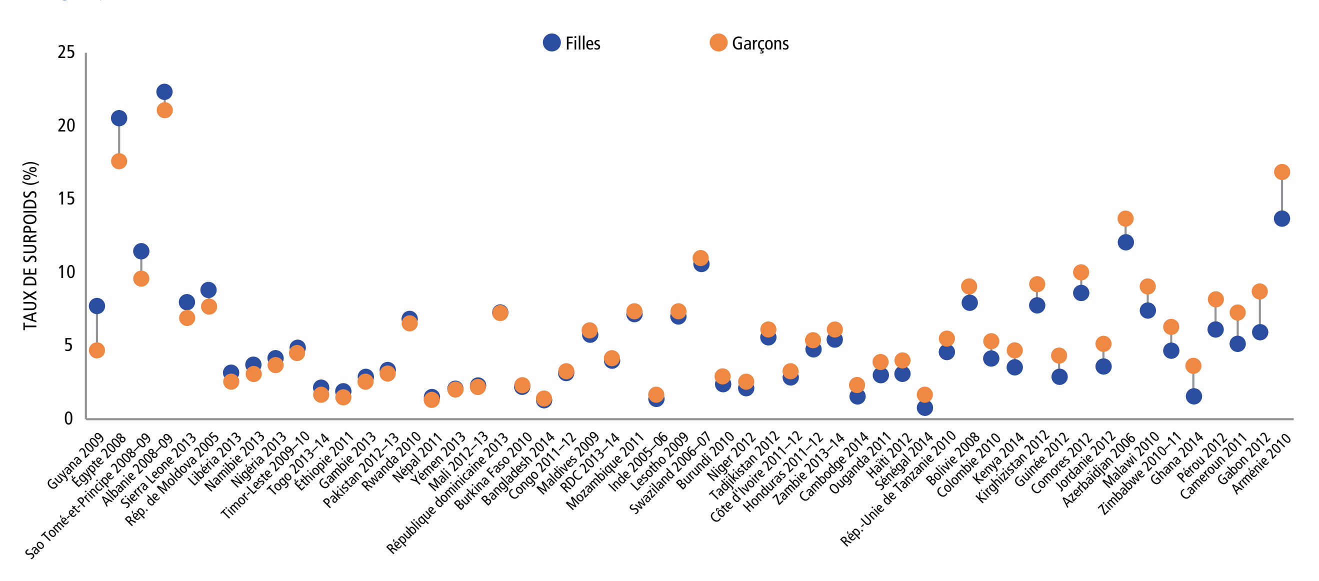
FIGURE 8.7 Prévalence du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans, en fonction du sexe, classé selon la taille de l'écart



Source : Auteurs, d'après les données et l'analyse de Monica Kothari, enquêtes démographiques et sanitaires (EDS), 2005-2014.

Note : Des divergences peuvent se faire jour par rapport aux données figurant dans les rapports des EDS en raison des transformations ultérieures apportées par l'équipe EDS. Toutes les catégories de prévalence ont une valeur de n > 50. RDC = République démocratique du Congo.

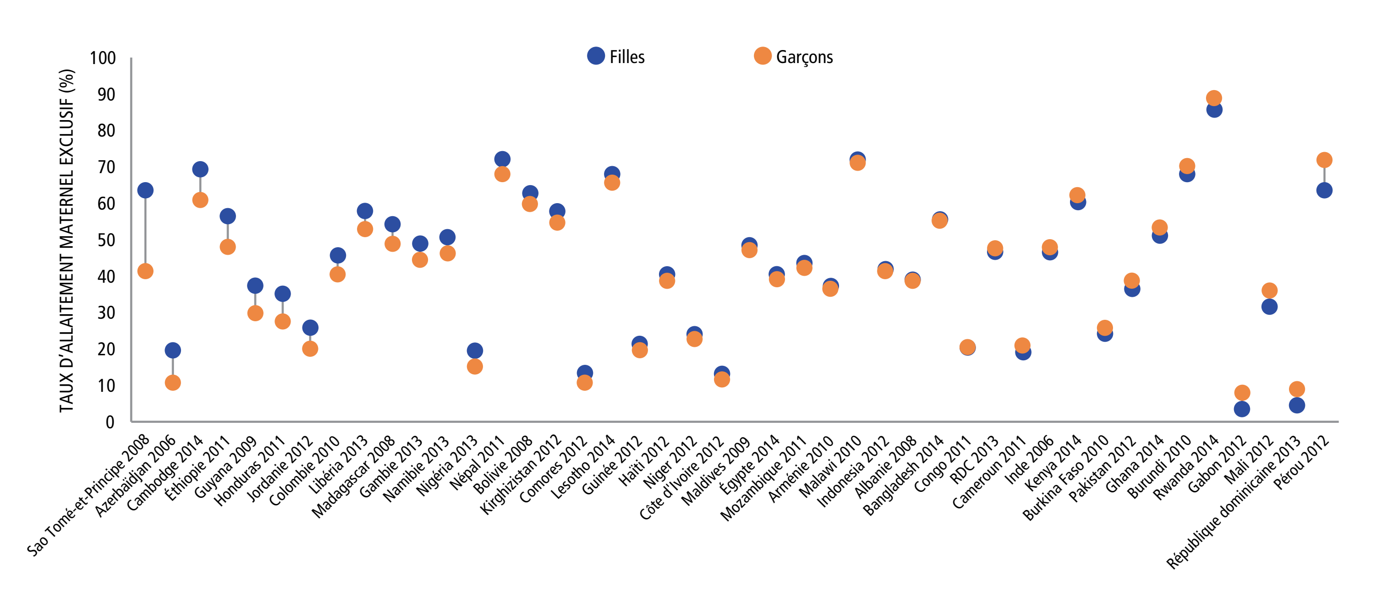
FIGURE 8.8 Surpoids chez les enfants de moins de 5 ans, en fonction du sexe, classé selon l'écart entre filles et garçons



Source : Auteurs, d'après les données et l'analyse de Monica Kothari, enquêtes démographiques et sanitaires (EDS), 2005-2014.

Note : Des divergences peuvent se faire jour par rapport aux données figurant dans les rapports des EDS en raison des transformations ultérieures apportées par l'équipe EDS. Toutes les catégories de prévalence ont une valeur de n > 50. RDC = République démocratique du Congo.

FIGURE 8.9 Allaitement maternel exclusif, en fonction du sexe, classé selon l'écart entre filles et garçons



Source : Auteurs, d'après les données et l'analyse de Monica Kothari, enquêtes démographiques et sanitaires (EDS), 2005-2014.

Note : Des divergences peuvent se faire jour par rapport aux données figurant dans les rapports des EDS en raison des transformations ultérieures apportées par l'équipe EDS. Toutes les catégories de prévalence ont une valeur de n > 50. RDC = République démocratique du Congo.

ENCADRÉ 8.3 FACTEURS À PRENDRE EN COMPTE DANS LA RÉFLEXION SUR LA COLLECTE DE DONNÉES VENTILÉES GÉOGRAPHIQUEMENT

MONICA KOTHARI, FRED ARNOLD, BERNARD BARRERE, ANN WAY, ANNE CROSS, RUILIN REN, JOY FISHEL ET SRI POEDJASTOETI

Demande

Bien que les acteurs nationaux puissent porter un intérêt aux données infranationales, les unités infranationales auprès desquelles il conviendrait de recueillir ces données sont-elles prêtes à utiliser les informations et à agir en conséquence ? Prennent-elles leurs propres décisions relativement à la conception de politiques et de programmes ? Le cas échéant, les décisions étayées par les données à l'échelle infranationale différeront-elles vraiment des décisions en matière de politiques et de programmes qui auraient été prises sur la seule base des données régionales ?

Capacités

La décision d'obtenir des données à l'échelle infranationale est propre à chaque pays. Dans les pays disposant d'une infrastructure statistique limitée (notamment ceux qui ne peuvent pas gérer seuls les échantillons des enquêtes démographiques et sanitaires [EDS] ordinaires, qui sont déjà assez vastes), il paraît difficile d'élargir les enquêtes de façon à obtenir des estimations de niveau inférieur à celui de la région. Les pays d'Asie, d'Amérique latine et des Caraïbes dotés de solides agences de mise en œuvre sont les mieux placés pour mener des enquêtes étendues. Toutefois, même dans ces contextes, il y a lieu de se demander si les avantages valent les coûts monétaires et le risque de compromettre la qualité des données de l'enquête. Augmenter la taille de l'échantillon signifie augmenter les coûts, mais par-dessus tout, cela implique d'accroître le nombre d'équipes, ainsi que le nombre de personnes à former pour superviser l'enquête. L'expérience du programme EDS a révélé qu'il est possible que la qualité de la formation et de la collecte de données diminue à mesure que la taille de l'enquête augmente.

Contexte

Les tendances observées dans les estimations de faible niveau pour certains indicateurs sont parfois contraires à l'intuition en raison des grands intervalles de confiance entourant les estimations. Ces changements inattendus au fil du temps peuvent être remis en question et occasionner des retombées politiques considérables. Aussi, conviendrait-il d'explorer d'autres options de collecte de données pour satisfaire les besoins de données propres au pays. Les sources de données, notamment les systèmes d'informations sur la gestion des services de santé, devraient pouvoir combler certains déficits de données en rendant compte à intervalles réguliers de la couverture des interventions publiques en faveur de la nutrition. Les enquêtes à grande échelle, de leur côté, devraient continuer à fournir les estimations de plus haut niveau sur la couverture et la prévalence de la nutrition au sein de la population générale, qui sont comparables dans l'ensemble des pays et dans le temps.

Coûts

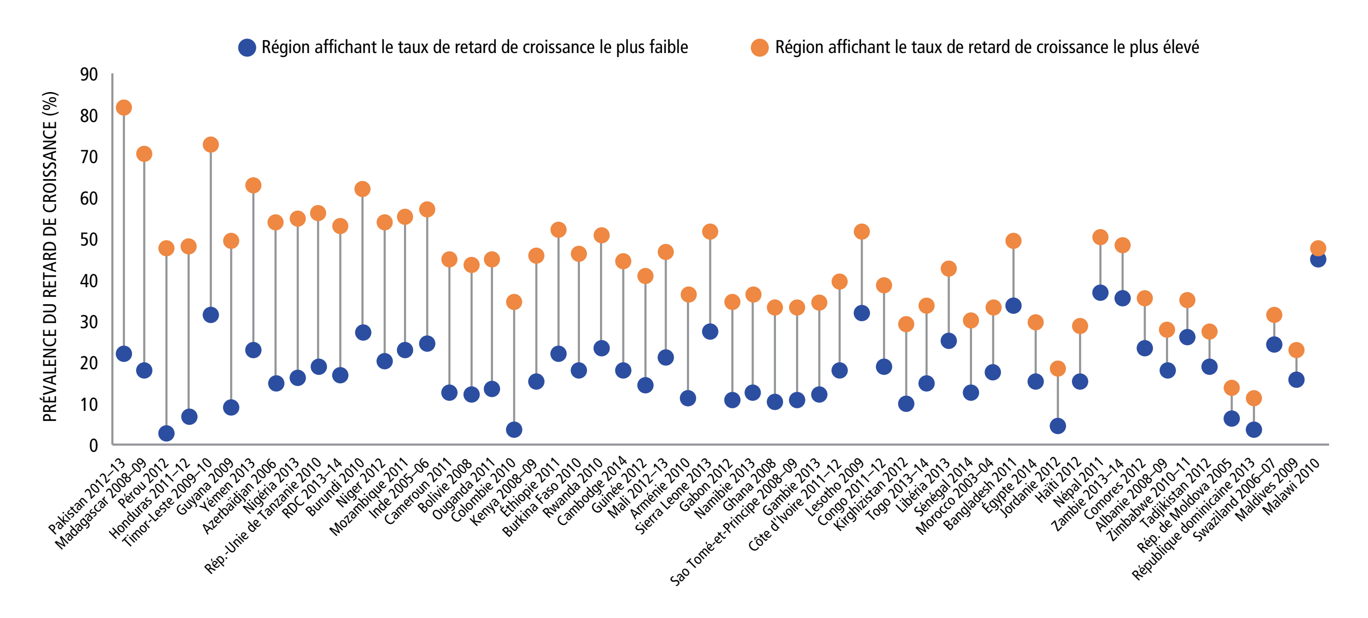
Les coûts des enquêtes-ménages à grande échelle sont principalement liés au nombre de domaines d'échantillonnage pour lesquels l'on souhaite obtenir des informations. La taille de l'échantillon requis pour qu'une enquête soit représentative à l'échelle du domaine administratif dépendra du nombre de ces domaines administratifs dans le pays. La règle générale pour déterminer la taille de l'échantillon pour les enquêtes à grande échelle comme l'EDS consiste à interroger de 800 à 1 000 femmes environ dans chaque domaine d'échantillon pour obtenir des estimations fiables du taux de fécondité total et du taux de mortalité infantile. Bon nombre d'indicateurs nutritionnels figurant dans une EDS exigent habituellement des échantillons de plus petite taille pour obtenir des estimations raisonnablement précises à l'échelle du domaine. Pour doubler le nombre de domaines, il faut aussi doubler la taille de l'échantillon, ce qui a pour effet d'augmenter considérablement les coûts de l'enquête.

PESER LES COÛTS ET AVANTAGES DE LA VENTILATION GÉOGRAPHIQUE DES DONNÉES

La demande de données sur la nutrition à l'échelle des unités administratives infranationales est en hausse. En effet, les décideurs en ont besoin pour guider les actions qui mèneront à des niveaux zéro de malnutrition, les administrateurs infranationaux en ont besoin à mesure que sont décentralisées les responsabilités en matière de mise en œuvre des programmes de nutrition, les entreprises en ont besoin pour distinguer les opportunités, les donateurs extérieurs en ont besoin pour cibler leurs interventions, enfin, les acteurs de la société civile en ont besoin pour promouvoir la redevabilité dans l'intérêt des plus vulnérables.

Cette demande de données plus précises repose sur l'hypothèse qu'il existe de grandes disparités au niveau de l'état nutritionnel en fonction des régions. Comme le souligne la Figure 8.10, cette hypothèse est fondée. Pour nombre de pays, la figure illustre des écarts considérables entre les régions administratives affichant les taux les plus élevés et les plus faibles de retard de croissance. Par exemple, le ratio médian entre les taux de retard de croissance les plus élevés et les plus faibles est de 2,96 avec des écarts de 1,06 à 17,59. Ces écarts reflètent un large éventail d'inégalités des chances historiques, culturelles, géographiques et politiques, qu'il est impossible de réduire rapidement. Néanmoins, la prise de conscience de ces grandes différences est essentielle pour les plans d'action nationaux et l'affectation efficace des ressources

FIGURE 8.10 Prévalence du retard de croissance en fonction des régions infranationales affichant le taux le plus faible et le plus élevé, classé selon la taille de l'écart



Source : Auteurs, d'après les données et l'analyse de Monica Kothari, enquêtes démographiques et sanitaires (EDS), 2005-2014.

Note : Des divergences peuvent se faire jour par rapport aux données figurant dans les rapports des EDS en raison des transformations ultérieures apportées par l'équipe EDS. Toutes les catégories de prévalence ont une valeur de n > 50. RDC = République démocratique du Congo.

Si la demande de données ventilées en plus grand nombre est forte, leur disponibilité reste très limitée. Par exemple, à ce jour, l'équipe EDS n'a participé qu'à deux enquêtes nationales qui ont recueilli des données au niveau administratif le plus bas : l'EDS réalisée au Kenya en 2014 et l'Enquête nationale sur la santé des familles menée en Inde en 2015-2016. Au Kenya, les EDS précédentes avaient fourni des données pour chacune des huit provinces (soit sept provinces plus Nairobi), parce que le niveau administratif juste en dessous était celui du district et le nombre de districts — plus de 80 — était trop important pour ventiler les données de l'enquête à cette échelle. En 2010, toutefois, le Kenya a adopté une nouvelle constitution, qui divisait le pays en 47 comtés. Dans la dernière EDS, la taille de l'échantillon a été accrue afin de permettre l'établissement d'estimations au nouveau niveau inférieur d'unités administratives — soit le niveau du comté. En Inde, pour l'Enquête nationale sur la santé des familles de 2015-2016, le gouvernement national a décidé qu'il fallait des estimations distinctes pour chacun des 640 districts que comptait le pays au moment du recensement de 2011.

D'après les expériences de l'équipe EDS, les facteurs clés suivants entravent la production de davantage de données ventilées : la demande, les capacités, le contexte et les coûts (cf. Encadré 8.3).

Existe-t-il des moyens rentables d'obtenir des données infranationales[7] ? Pour certains indicateurs, comme la fertilité, la mortalité et le taux de vaccination, les EDS et les enquêtes similaires fournissent des données qui pourraient également être recueillies par des systèmes de surveillance régulière, si ces derniers produisaient des données complètes, exactes et à jour. Par conséquent, si des systèmes de surveillance de très bonne qualité étaient en place dans les pays, couvrant une vaste proportion de cas, il serait possible d'enlever certains de ces indicateurs des enquêtes auprès des ménages, mais les économies réalisées grâce à ces modifications seraient minimes.

Récemment, le Kenya a utilisé deux questionnaires et sous-échantillons différents pour mener son EDS. Les enquêteurs ont mesuré les indicateurs prioritaires à l'échelle du district, puis ont mesuré un plus large éventail d'indicateurs au niveau régional supérieur. L'enquête réalisée en Inde utilise une procédure semblable pour mesurer certains indicateurs à l'échelle de la province et d'autres seulement à l'échelle de l'État. Ce pourrait être un moyen rentable de recueillir des données infranationales sans compromettre leur qualité.

En Indonésie, l'EDS entre en concurrence avec d'autres enquêtes nationales et infranationales. L'EDS est donc une enquête annuelle auprès des ménages parmi tant d'autres menées par le Bureau central de statistique. Les enquêtes du ministère de la Santé sont effectuées par chaque province, département ou municipalité. Chacune de ces enquêtes présente des données à l'échelle du département ou de la municipalité. C'est ainsi que l'Indonésie a acquis la capacité interne de mener des enquêtes et qu'au fil du temps, elle a nécessité de moins en moins d'assistance technique.

Le Programme alimentaire mondial (PAM) et l'organisation EDS, entre autres, ont régulièrement exploré la possibilité d'utiliser des techniques d'estimation pour les petites zones qui font appel aux estimations d'enquêtes menées à un niveau supérieur (par ex., à l'échelle de la province) et aux données de recensement ventilées

ENCADRÉ 8.4 DU CARACTÈRE VITAL DES CARTES TRÈS DÉTAILLÉES SUR LA SOUS-ALIMENTATION À L'ÈRE DES OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT DURABLE

KURT BURJA, STEPHEN HASLETT, SIEMON HOLLEMA, GEOFF JONES, KAYENAT KABIR ET CHRISTA RADER

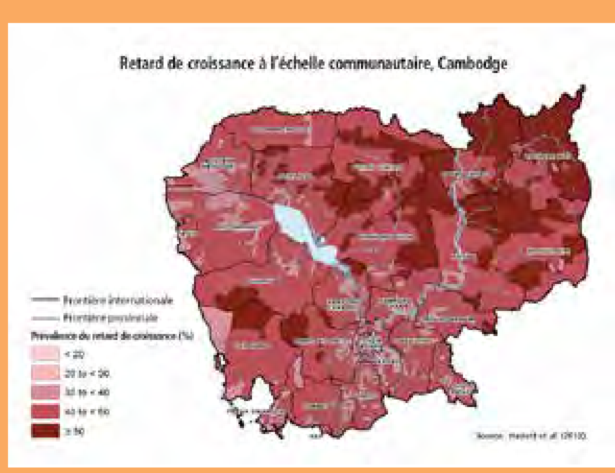
Bien que les cartes d'estimation de la pauvreté dans les petites zones gagnent en popularité, il est rare de trouver des cartes aussi détaillées sur la sous-alimentation. Nous avons pourtant besoin de telles cartes pour cette affection. Il est en effet possible que les cartes présentant des estimations pour les petites zones sur le retard de croissance, l'insuffisance pondérale et l'émaciation chez les enfants de moins de 5 ans ne correspondent pas étroitement à celles sur la pauvreté en raison des différents facteurs qui influencent les résultats nutritionnels.

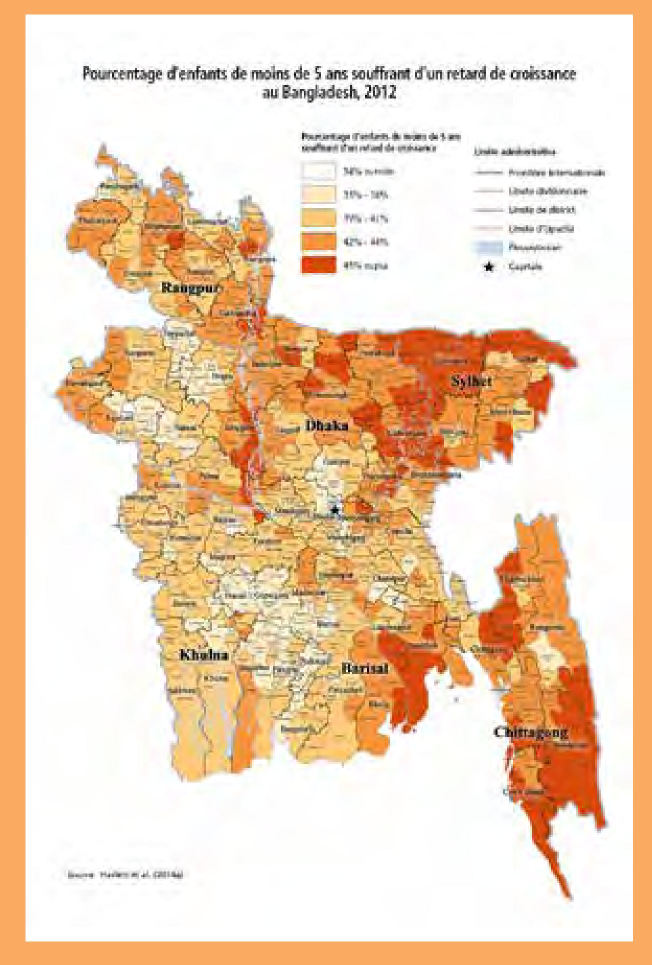
L'estimation de la sous-alimentation dans les petites zones implique de combiner des enquêtes sur la nutrition comme l'EDS et l'EGIM avec un recensement contemporain (qui n'enregistre pas de résultats nutritionnels). Les variables communes — telles que les avoirs des ménages, les matériaux de construction et les services d'eau et d'assainissement, ainsi que des caractéristiques personnelles comme la scolarité de la mère et l'âge de l'enfant —, qui figurent tant dans les enquêtes que dans les recensements, servent à établir une relation statistique avec les résultats de la sous-alimentation qui figurent uniquement dans l'EDS/EGIM. Cette relation est alors utilisée pour estimer la nutrition de regroupements de 20 000 à 30 000 ménages adjacents en fonction des prévisions du recensement. Souvent, l'accent est mis sur les enfants âgés de moins de 5 ans. En dépit de la simplicité des concepts sous-jacents, la modélisation prend du temps et exige une expertise considérable. Il s'agit d'étudier et de tester de nombreux modèles pour en trouver un qui convient. D'autres complexités comprennent la qualité de la mesure, en particulier celle de la taille de l'enfant. Les cartes obtenues, s'appuyant sur des modèles fiables et éprouvés, tendent à concorder avec l'avis des experts quant à l'emplacement des taux de sous-alimentation élevés et faibles[1].

Les cartes et les estimations sur la sous-alimentation pour les petites zones sont très précieuses. En général, une carte seule ne suffit pas, mais, prises conjointement, elles dressent un portrait détaillé des taux de sous-alimentation et de l'emplacement de la majorité des personnes sous-alimentées. Elles aident à guider l'établissement des priorités et le ciblage géographique des programmes d'aide, que ces éléments reposent sur les taux de sous-alimentation ou sur le nombre de personnes sous-alimentées par zone. Elles offrent également un outil commun pour parvenir à un consensus avec les parties prenantes sur les zones géographiques prioritaires et se révèlent utiles pour la planification d'urgence avant les catastrophes, ainsi que pour l'estimation des besoins après les catastrophes. Les cartes peuvent en outre aider à la planification et à l'analyse des politiques. Des exemples de ces cartes sont présentés ci-dessous pour le Bangladesh (retard de croissance), le Cambodge (retard de croissance) et le Népal (apport calorique).

Plus de cartes de ce genre s'imposent. Les méthodes sont complexes, mais l'expertise existe. L'accent mis par les Objectifs de développement durable sur l'élimination de la malnutrition exige des informations géographiques détaillées sur la prévalence et la sévérité du problème afin de pouvoir s'y atteler le plus efficacement possible. Les cartes d'estimation de la sous-alimentation pour les petites zones peuvent nous aider à y parvenir.







par âge-sexe-scolarité-urbain-rural pour de plus petites zones. Cette méthode attribue, pour ainsi dire, l'indicateur de la province à chacun des districts qu'elle regroupe de façon proportionnelle à l'âge-sexe-scolarité de ces districts. D'après l'expérience du Programme alimentaire mondial, l'Encadré 8.4 fournit une évaluation positive du potentiel de ces cartes détaillées pour mettre en relief la variation infranationale de l'état nutritionnel.

PROMOUVOIR LA REDEVABILITÉ DANS LES CONTEXTES DIFFICILES DE L'ESPACE HUMANITAIRE

Comme le signale le *Rapport sur la nutrition mondiale 2015*, il est à craindre que la pauvreté extrême se concentre de plus en plus dans les États fragiles. En effet, la pauvreté mondiale diminue de façon marquée, sauf dans les 50 pays que l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) qualifie de fragiles (Burt et al. 2014).[8]

Nous ne disposons pas de suffisamment de données sur les tendances pour reproduire cette analyse dans le cas du retard de croissance ou de l'émaciation. Toutefois, la Figure 8.11 montre que, pour les plus récentes enquêtes menées depuis 2008, la prévalence du retard de croissance et de l'émaciation est plus élevée dans les États que l'OCDE considère comme fragiles.

Les situations d'urgence et les activités humanitaires sont plus susceptibles d'avoir lieu dans ces contextes fragiles. Comme le décrit le *Rapport sur la nutrition mondiale 2015* (Encadré 9.8) dans ses recommandations en matière de redevabilité à l'approche du Sommet humanitaire mondial 2016, les déficits de transparence dans le système humanitaire sont légion.

Dans le cadre de son processus de réforme de l'aide humanitaire, l'ONU a lancé en 2005 l'approche de responsabilité sectorielle afin d'améliorer l'efficacité de la réponse humanitaire en augmentant la prévisibilité, la redevabilité, la responsabilité et les partenariats[9]. En 2011, le Comité permanent interorganisations a établi un cadre visant à guider les agences de l'ONU dans la surveillance de la redevabilité à l'égard des populations touchées par les crises. Enfin, en décembre 2014, la Norme humanitaire fondamentale a été lancée, établissant neuf engagements que les organisations et les individus engagés dans la réponse humanitaire peuvent utiliser pour améliorer la qualité et l'efficacité de leur assistance.

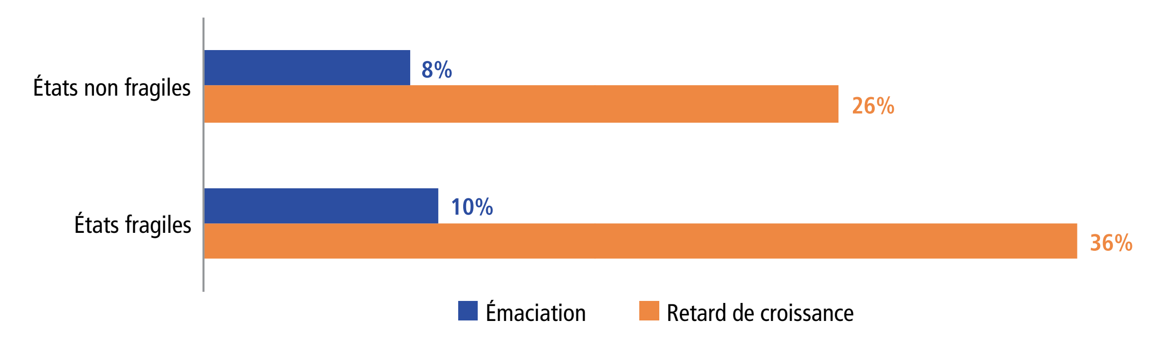
Bien que les organisations humanitaires prenant part à des initiatives en matière de redevabilité soient de plus en plus nombreuses, il reste un déficit systémique au niveau de l'application et de la surveillance de ces mécanismes dans des contextes d'urgence, y compris pour la nutrition. Dans l'Encadré 8.5, le Groupe nutrition mondiale (Global Nutrition Cluster) expose certains problèmes et propose des solutions.[10]

LA NUTRITION DANS LES POPULATIONS DÉPLACÉES

Le nombre de personnes déplacées par la guerre a fortement augmenté ces deux ou trois dernières années, les dernières estimations le situant à 59,5 millions (Figure 8.12). La population de réfugiés atteint également un niveau sans précédent de 19,6 millions, dont la moitié sont des enfants (Langlois et al. 2016).

Les populations déplacées sont plus exposées à la vulnérabilité et à la marginalisation pendant leur fuite et dans les camps, sans compter le stress et le traumatisme du déplacement. Elles sont durement touchées par les infections et les maladies non transmissibles (Gornall 2015 ; Norredam et al. 2006). L'Encadré 8.6 décrit les défis que représente la protection de l'état nutritionnel des personnes déplacées et formule quelques recommandations visant à renforcer la redevabilité à leur égard, notamment la nécessité d'affiner les mécanismes existants — et d'en trouver de nouveaux — afin d'orienter l'aide alimentaire vers les réfugiés les plus vulnérables sur le plan nutritionnel et économique.

FIGURE 8.11 Taux de retard de croissance et d'émaciation dans les États fragiles et non fragiles



Source : Auteurs.

Note : Pour le retard de croissance, n = 104 sur 133 pays à revenu faible et intermédiaire (41/48 fragiles, 63/85 non fragiles). Pour l'émaciation, n = 103 sur 133 pays à revenu faible et intermédiaire (40/48 fragiles, 63/85 non fragiles). Les données proviennent de la dernière enquête depuis 2008, et les enquêtes couvrent la période de 2008 à 2015. L'année moyenne des enquêtes pour les États fragiles et les États non fragiles est pratiquement identique (2012).

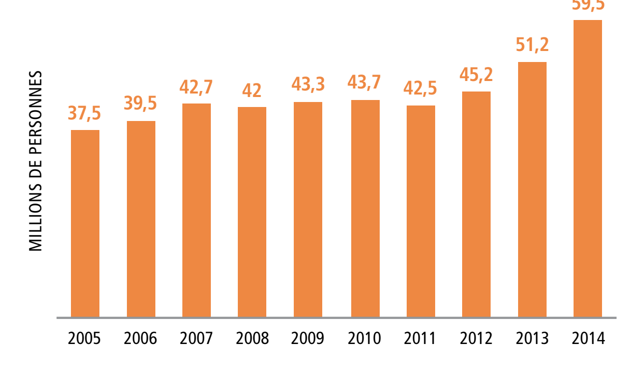
ENCADRÉ 8.5 AMÉLIORER LA REDEVABILITÉ DES ACTIONS EN FAVEUR DE LA NUTRITION DANS LES CONTEXTES D'URGENCE

JOSEPHINE IPPE

D'après l'expérience du Groupe nutrition mondiale (Global Nutrition Cluster), mis sur pied en 2006 dans le cadre du processus de réforme de l'aide humanitaire, quelles actions convient-il d'entreprendre dans les programmes exécutés dans les contextes d'urgence pour améliorer la redevabilité en matière de nutrition ?

1. **Investir dans les capacités techniques nécessaires pour intensifier les programmes de nutrition dans les situations d'urgence.** Le suivi systématique des performances effectué conformément aux normes minimales du projet Sphère (Projet Sphère 2016) et à d'autres ensembles de mesures, tel le Kit d'établissement de rapports a minima (Minimum Reporting Package) de l'Emergency Nutrition Network (2011), a régulièrement dénoncé les mauvais résultats en matière d'atteinte des cibles dans le domaine de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant en cas d'urgence, essentiellement en raison du manque de capacités et de la faible priorité accordée par les bailleurs de fonds à ce domaine programmatique. Dans l'ensemble, les capacités nécessaires à l'intensification d'un programme de nutrition dans les situations d'urgence demeurent un problème. Le leadership, l'aide au renforcement des capacités dans les domaines techniques et les recherches opérationnelles sur les questions de nutrition nécessitent des éclaircissements, de même que la redevabilité à l'égard de ces rôles doit être rendue explicite dans le système de groupes sectoriels.
2. **Offrir des mesures incitatives afin de récompenser les partenaires qui respectent les normes de redevabilité.** Quoique le système de responsabilité sectorielle exprime clairement la redevabilité entre l'agence responsable du groupe sectoriel et le coordonnateur humanitaire, la redevabilité des partenaires du groupe sectoriel n'est pas définie, mais plutôt sous-entendue dans les documents de principe du partenariat. Le système de responsabilité sectorielle n'est pas équipé pour remédier au manque de redevabilité au sein d'un groupe sectoriel. Qui plus est, l'approche de responsabilité sectorielle stipule que, lorsque le financement et l'accès le permettent, l'agence responsable du groupe agira à titre de fournisseur de dernier recours en comblant les déficits. Cette attente est parfois irréaliste en raison des capacités et des moyens financiers supplémentaires requis, c'est pourquoi un système d'incitations visant à récompenser les partenaires qui satisfont les cibles de redevabilité ou les Normes humanitaires fondamentales — soit grâce à des bailleurs de fonds individuels, soit grâce aux efforts du système humanitaire dans son ensemble — contribuerait grandement à favoriser la redevabilité.
3. **Veiller à l'incorporation des plans d'intervention en situation d'urgence dans les plans d'action nationaux en faveur de la nutrition**, ainsi qu'à l'intégration dans ces plans des capacités de réponse aux besoins nutritionnels en cas d'urgence. Il convient également de prévoir des ressources à l'échelle nationale pour favoriser la résilience et assurer une transition en douceur de la réponse humanitaire au développement.
4. **Incorporer les interventions contribuant à la nutrition dans les contextes d'urgence.** Il convient de resserrer les liens opérationnels entre les interventions d'urgence en faveur de la nutrition et les autres secteurs : eau, assainissement et hygiène, santé et agriculture, sécurité alimentaire, et moyens de subsistance.
5. **Établir une plateforme commune de données et de redevabilité entre les partenaires.** En 2015, le Groupe nutrition mondiale a élaboré un cadre et des orientations opérationnels en matière de redevabilité pour la nutrition dans le but d'établir une plateforme commune entre les partenaires. La mise en œuvre des orientations opérationnelles veillera à ce que les partenaires du groupe sectoriel abordent la redevabilité de façon mesurable.

FIGURE 8.12 Nombre de personnes déplacées par la guerre



Source : HCR (2015).

CONCLUSIONS

Les gouvernements, la société civile, les bailleurs de fonds et les champions de la nutrition de tous les horizons mesurent les progrès, guident les actions et renforcent la redevabilité en prenant des engagements SMART étayés par des systèmes de données fournissant des informations crédibles, utiles et à jour. Les systèmes de données doivent certes être axés sur les résultats nutritionnels, mais ils s'inspirent d'intrants tirés d'un vaste éventail de secteurs et de mécanismes de collecte de données. Il importe qu'ils soient axés sur les plus vulnérables : ceux qui courent un véritable risque d'être laissés de côté parce qu'ils sont exclus du pouvoir et privés de droits fondamentaux. Ainsi s'impose la nécessité des données ventilées, par groupe ou par région. Compte tenu du coût que peut représenter la collecte de telles données, il convient de trouver

ENCADRÉ 8.6 PROTÉGER L'ÉTAT NUTRITIONNEL DES RÉFUGIÉS À L'ÈRE DES OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT DURABLE

CAROLINE WILKINSON, VALERIE GATCHELL ET PAUL SPIEGEL

Compte tenu des divers conflits en cours au Moyen-Orient et en Afrique, le nombre de personnes déplacées de force a continué d'augmenter tout au long de 2015 et début 2016. Fin 2014, la population prioritaire totale pour le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) s'élevait à un nombre sans précédent de 55 millions de personnes, notamment 14,4 millions de réfugiés, 1,8 million de demandeurs d'asile, 32,3 millions de personnes déplacées internes, 3,5 millions d'apatrides et 1,8 million de rapatriés.

Les réfugiés sont des personnes fuyant leur pays d'origine à cause de la peur, de la persécution, des conflits ou de la violence généralisée. C'est au gouvernement des pays d'accueil qu'incombe la protection des réfugiés. Le mandat du HCR consiste à diriger et à coordonner l'action internationale visant à offrir une protection et des solutions aux réfugiés, aux demandeurs d'asile (personnes dont le statut de réfugié n'a pas encore été établi, mais qui pourraient l'obtenir), aux apatrides (personnes sans nationalité) et aux rapatriés (réfugiés qui sont de retour dans leur pays d'origine). Sur les 12 millions de réfugiés pour lesquels nous disposons d'informations sur le type de logement, 7,6 millions (63 %) résidaient dans des logements individuels plutôt que dans des camps planifiés/gérés ou auto-établis, des centres collectifs d'hébergement, ou des camps d'accueil/transit. Selon les estimations, quelque 6,4 millions de réfugiés (45 %) se trouvaient en situation de crise prolongée.[1]

État nutritionnel des réfugiés

En 2015, sur les 93 sites de réfugiés du HCR où la malnutrition aiguë était mesurée (comptant approximativement 336 000 enfants de 6 à 59 mois), 54 sites (58 %) respectaient les normes du HCR établissant une prévalence de la malnutrition aiguë globale (MAG) inférieure à 10 %[2], tandis que 21 sites (22,6 %) dépassaient le seuil d'urgence de 15 % ou plus. Le retard de croissance chez les enfants de 6 à 59 mois respectait la norme de moins de 20 % dans 13 sites (14 %), alors que 65 sites (69,9 %) affichaient une prévalence supérieure au niveau critique de 30 % ou plus. La prévalence de l'anémie infantile respectait la norme de moins de 20 % dans 6 sites seulement sur 90 (6,7 %)[3], et 33 des 90 sites (36,7 %) étaient en deçà du niveau critique de moins de 40 %. La majorité des sites disposant de données sur plusieurs années montraient que la prévalence de la MAG, du retard de croissance et de l'anémie avait été relativement stable (80,6 %, 66,7 % et 59,3 % respectivement). Des améliorations considérables ont été enregistrées quant à la réduction de la MAG et de l'anémie dans respectivement 14,9 % et 25,4 % des sites. Comparativement aux statistiques nationales (UNICEF 2015), la prévalence de la MAG et du retard de croissance dans les camps de réfugiés était plus élevée dans respectivement 48,4 % et 55,9 % des camps évalués ; nous ne disposions pas de données nationales sur l'anémie pour établir une comparaison.

Vulnérabilité à l'insécurité alimentaire et nutritionnelle

Les réfugiés n'étant pas citoyens du pays d'asile, dans la plupart des cas, leur statut juridique est, en soi, un élément de vulnérabilité. Les réfugiés ont souvent un accès limité, voire inexistant à la terre, ainsi que des droits économiques et une liberté de circulation limités. Ils sont souvent exclus des mécanismes nationaux de sécurité ou de protection sociale et n'ont généralement pas accès à des services nationaux de santé et de nutrition, lorsque ceux-ci existent.

De nombreuses populations de réfugiés dépendent en grande partie de l'aide alimentaire offerte par le Programme alimentaire mondial (PAM) (soit plus de 5 millions de réfugiés en février 2016). Toutefois, de septembre 2015 à février 2016, les déficits de financement du PAM ont entraîné une réduction de 61 % des rations alimentaires des réfugiés (3,4 millions) dans 20 pays, d'autres réductions étant prévues au cours des prochains mois. Les aliments enrichis et riches en nutriments sont parmi les premiers à être abandonnés à cause de leurs coûts élevés.

En outre, un défi majeur à relever pour le HCR et ses partenaires est l'évaluation et l'appui des services de base et de nutrition chez les populations vivant « à l'extérieur des camps », en partie à cause des difficultés à établir un contact direct avec les populations de réfugiés qui sont mélangées aux populations nationales. Dans ces cas de figure, comme en Jordanie, le HCR œuvre avec les autorités et les partenaires à faciliter l'accès aux services nationaux de santé et de nutrition. De plus en plus, le HCR mesure l'état nutritionnel au sein de ces populations et surveille l'accès à des soins de santé adaptés.

À suivre

des moyens de recycler les données existantes (par ex., les estimations pour les petites zones), ainsi que des moyens moins coûteux de recueillir des données plus précises (par ex., l'utilisation des téléphones mobiles). Les capacités d'analyse et d'action par rapport à ces données ventilées doivent être mises en place et, dans la mesure du possible, inclure les communautés elles-mêmes dans le processus d'analyse et de prise de décisions. Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2014* (Encadré 4.3) expliquait la façon dont les données ventilées à l'échelle du district en Inde ont permis d'engager le dialogue et le débat entre la société civile et les fonctionnaires des districts autour des dimensions quoi, qui, où, quand, comment, pourquoi — et combien — des actions en faveur de la nutrition.

Suite

ENCADRÉ 8.6 PROTÉGER L'ÉTAT NUTRITIONNEL DES RÉFUGIÉS À L'ÈRE DES OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT DURABLE

CAROLINE WILKINSON, VALERIE GATCHELL ET PAUL SPIEGEL

Recommandations

Le Programme de développement durable à l'horizon 2030 s'engage à « ne laisser personne de côté » dans sa quête vers l'élimination de la pauvreté et la promotion de sociétés pacifiques et ouvertes. Il reconnaît que les réfugiés, les déplacés internes et les communautés d'accueil figurent parmi les plus vulnérables (UNOCHA et al. 2015). Afin de faire progresser le programme 2030 pour ces populations, la communauté internationale doit collaborer avec les gouvernements dans l'optique suivante :

- Continuer à surveiller régulièrement l'état de sécurité alimentaire et nutritionnelle (MAG, retard de croissance et anémie) des réfugiés afin d'encourager la redevabilité.
- Resserrer les liens entre les gouvernements, les autres agences de l'ONU et les partenaires de développement afin de remédier efficacement au retard de croissance et à l'anémie dans les situations de crise prolongées.
- Renforcer la coordination entre les gouvernements d'accueil, l'UNICEF et le HCR afin d'assurer la prestation de services de santé, de nutrition et WASH (eau, assainissement et hygiène) de base aux réfugiés, aux déplacés internes et aux communautés d'accueil, en les intégrant dans les systèmes nationaux et en appuyant ceux-ci dans la mesure du possible.
- Mieux comprendre les raisons expliquant le déficit de financement de l'aide alimentaire mondiale et trouver un financement prévisible visant à assurer des transferts monétaires et des rations alimentaires appropriés (en quantité et en qualité), tout en continuant de surveiller les répercussions des réductions et d'affiner les mécanismes orientant l'aide alimentaire vers les réfugiés les plus vulnérables sur le plan nutritionnel et économique.
- Appuyer et promouvoir l'établissement de cadres juridiques accordant aux réfugiés le droit de travailler, l'accès à la terre et la liberté de circulation nécessaires pour améliorer leur sécurité alimentaire et leurs moyens de subsistance

L'année 2016 offre une occasion sans précédent de rehausser le profil de la lutte contre l'insécurité alimentaire et nutritionnelle chez les réfugiés et autres populations déplacées, dans la perspective du Sommet humanitaire mondial et du Sommet de l'Assemblée générale de l'ONU sur les grands mouvements de migrants et de réfugiés. Il est temps de s'unir pour défendre et réclamer une action coordonnée visant l'amélioration de la sécurité alimentaire et nutritionnelle de ces populations.

APPELS À L'ACTION

1. **Regarder bien au-delà de l'ODD 2 lors du suivi des progrès sur le plan de la nutrition : l'ODD 2 n'amorce que le début, et non la fin, de la redevabilité en matière de nutrition.** Les gouvernements nationaux devraient élaborer des mécanismes inclusifs de déclaration annuelle à l'échelle nationale et infranationale afin d'évaluer les avancées sur le front des résultats et actions nutritionnels.
2. **Aligner les enquêtes démographiques et sanitaires (EDS) et les enquêtes par grappes à indicateurs multiples (EGIM) sur les indicateurs nutritionnels des ODD.** Au cours des 12 prochains mois, les partenaires de mise en œuvre et de financement appuyant les EDS et les EGIM devraient travailler de concert pour identifier les indicateurs des ODD à ajouter aux enquêtes.
3. **Inciter à l'innovation dans la collecte de données sur la nutrition.** Des méthodes plus créatives d'utilisation et de collecte des données infranationales s'imposent. Les bailleurs de fonds de la recherche devraient stimuler la créativité au moyen de prix de l'innovation. D'ici la fin 2018, un programme de recherche s'étendant sur plusieurs années et plusieurs pays devrait être annoncé.
4. **Mesurer les inégalités et honorer l'engagement des ODD visant à ne laisser personne de côté.** Les gouvernements, les bailleurs de fonds et la société civile devraient redoubler d'efforts pour identifier et éliminer les inégalités dans les résultats nutritionnels et l'accès aux services dans le domaine. Tous les nouveaux rapports tirés des EDS et des EGIM devraient au moins rendre compte de l'ensemble des facteurs de stratification que nous avons évoqués au chapitre 8.
5. **Renforcer la redevabilité en matière de nutrition à l'égard des personnes touchées par les conflits et les situations d'urgence.** Les agences de l'ONU et les gouvernements devraient redoubler d'efforts pour évaluer l'état nutritionnel des personnes déplacées et leur accès à des denrées alimentaires, des soins et des services de santé, ainsi que combler les déficits en la matière. Les pays vulnérables aux situations d'urgence doivent en faire davantage pour incorporer la planification d'urgence dans leurs plans nationaux pour la nutrition. D'ici la fin 2017, dans le cadre de la Décennie d'action, les gouvernements des pays devraient envisager d'évaluer leur état de préparation aux situations d'urgence dans le cadre de leurs plans nationaux pour la nutrition.



APPELS À L'ACTION

ÉVALUER LES AVANCÉES PAR RAPPORT AUX CIBLES MONDIALES

1. **Mettre en avant davantage de cas de réussite en matière de nutrition.** Chaque pays est un exemple de réussite, d'échec ou de stagnation en matière de nutrition, mais il importe de raconter son histoire. D'une part, les pays qui sont en bonne voie d'atteindre les cibles mondiales peuvent représenter une source de conseils et d'inspiration quant à la façon de réduire la malnutrition ; d'autre part, les pays qui sont en mauvaise voie exigent une compréhension et une analyse en profondeur. Les bailleurs de fonds devraient encourager les chercheurs à entreprendre ces évaluations, les revues devraient publier ces rapports, et les conclusions devraient être diffusées dans les médias grand public. Le besoin d'histoires crédibles se fait particulièrement sentir là où les indicateurs stagnent ou empirent. Compte tenu du besoin urgent de cas de réussite, il conviendrait de financer, d'ici 2018, un programme de recherche majeur, s'étendant sur plusieurs années et plusieurs pays, pour déterminer les raisons pour lesquelles les changements se produisent ou pas.

2. **Investir dans l'augmentation et l'amélioration des données pour évaluer les progrès.** La disponibilité de données comparables à l'échelle internationale au sujet des résultats nutritionnels est toujours déficiente, soit parce que des données de haute qualité ne sont pas recueillies à l'échelle du pays, soit parce qu'elles ne sont pas communiquées aux Nations Unies, mais ces données sont essentielles pour assurer la redevabilité

- Il conviendrait de réaliser des enquêtes, au moins tous les trois à cinq ans, sur les taux de retard de croissance, d'émaciation et de surpoids chez les enfants de moins de 5 ans, ainsi que sur l'allaitement maternel exclusif. D'autres enquêtes s'imposent pour évaluer l'anémie. Les organismes qui financent les enquêtes démographiques et sanitaires, les enquêtes par grappes à indicateurs multiples et autres exercices semblables devraient se prêter à davantage de coordination et répondre aux demandes des gouvernements pour des enquêtes tous les trois ans. Les pays durement touchés par la malnutrition et dont les données datent de plus de cinq ans devraient constituer une priorité pour une nouvelle collecte de données.
- À l'horizon 2020, tous les pays à revenu élevé devraient faire en sorte que leurs données soient compatibles avec les bases de données de l'ONU.
- Au cours des 12 prochains mois, les champions de la nutrition au sein des Nations Unies et des organisations multilatérales devraient renforcer la présence de la nutrition dans le débat en cours sur la « révolution des données » afin d'éviter qu'elle ne reste à la traîne. Cet effort pourrait commencer par le Forum sur la révolution mondiale des données pour le développement durable qui se tiendra au cours de la seconde moitié de 2016.

Pays | Organisations de la société civile | Organisations de l'ONU | Bailleurs de fonds | Entreprises | Autres organisations

3. **Commencer à évaluer chaque année les avancées nationales en matière de nutrition.** Les pays devraient envisager de produire des rapports nationaux annuels sur la nutrition, liés aux processus actuels, et utiliser ces données pour évaluer les avancées et les preuves concrètes de ce qui fonctionne, adapter leurs tactiques et budgets, modifier les plans nationaux de nutrition et être redevables des progrès accomplis.

PRENDRE DES ENGAGEMENTS SMART

1. **Établir davantage de cibles SMART.** Tous les gouvernements devraient se fixer des cibles SMART (c'est-à-dire, spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes et limitées dans le temps) pour le retard de croissance, l'émaciation, l'allaitement maternel exclusif, le faible poids à la naissance, l'anémie, le surpoids chez l'enfant, l'obésité chez l'adulte, le diabète et la réduction du sel d'ici la fin de 2017. Ces cibles devraient être ambitieuses, tout en étant atteignables et alignées.
2. **Établir davantage de cibles infranationales.** Les plans nationaux pour la nutrition devraient formuler et incorporer des cibles d'intrants et de résultats nutritionnels pour les grandes régions administratives.
3. **Inciter les entreprises de produits alimentaires et de boissons à établir un plus grand nombre de cibles SMART et à en rendre compte afin d'améliorer la nutrition.** Les domaines clés sont le respect du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, une nette diminution des publicités et actions commerciales ciblant les enfants, et la réduction du sucre, du sel et des matières grasses dans toutes leurs gammes de produits. Les entreprises devraient également publier clairement ces cibles, ainsi que leurs performances par rapport à celles-ci. La prochaine évaluation de l'Indice d'accès à la nutrition (ATNI) devrait faire état d'avancées importantes dans ces domaines de la part des 22 plus grandes multinationales de produits alimentaires et de boissons évaluées.
4. **Rendre tous les engagements SMART.** Que les gouvernements, agences, parlements, organisations de la société civile (OSC), bailleurs de fonds et entreprises prennent des engagements à l'égard de la nutrition qui soient spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes et limités dans le temps. Notre guide SMART est là pour les y aider.
5. **Prendre des engagements qui luttent contre la malnutrition sous toutes ses formes.** Que les États membres et agences de l'ONU, parlements, OSC, bailleurs de fonds et entreprises veillent à ce que les futurs engagements à l'égard de la nutrition luttent contre toutes les formes (et combinaisons) de malnutrition en fonction de leurs contextes nutritionnels respectifs — retard de croissance, émaciation, carences en micronutriments, obésité, surpoids et maladies non transmissibles liées à la nutrition.
6. **Profiter de toutes les nouvelles occasions pour prendre des engagements SMART.** Que les États membres et agences de l'ONU, parlements, OSC et bailleurs de fonds utilisent la Décennie d'action, les Objectifs de développement durable (ODD) et le processus de la Nutrition pour la croissance (N4G) comme autant d'occasions de relever les niveaux d'ambition des engagements SMART pour la nutrition.
7. **S'accorder sur un mécanisme de déclaration mondial robuste et indépendant pour la nutrition sous toutes ses formes.** Que d'ici la fin de 2017, tous les acteurs de la nutrition s'engagent dans un processus, dans le cadre de la Décennie d'action, pour s'accorder sur un mécanisme inclusif et indépendant de suivi des avancées sur le plan des résultats, des actions et des intrants relatifs à toutes les formes de nutrition relevant des ODD.
8. **Produire des rapports sur les engagements.** Que les États membres et agences de l'ONU, OSC, bailleurs de fonds et entreprises assument leur redevabilité en produisant des rapports annuels quant à leurs progrès sur le plan de la nutrition. Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2017* devrait être en mesure d'atteindre un taux de réponse supérieur à 90 %.

ACCÉLÉRER LA MISE EN ŒUVRE

1. **Renforcer les groupes de travail interministériels sur la malnutrition sous toutes ses formes.** D'ici la fin de 2018, tous les gouvernements nationaux devraient établir des groupes de travail chargés de mettre en œuvre les politiques en matière de nutrition, de même que des commissions ou conseils consultatifs nationaux. Ces mécanismes devraient notamment :
   - mettre en place une ligne directe avec le cabinet du chef de l'État
   - accueillir une participation sociale partant de la base (notamment les OSC)
   - superviser l'élaboration et/ou la mise en œuvre de politiques et de programmes visant à lutter contre la malnutrition sous toutes ses formes

De plus, d'ici 2018, la communauté des bailleurs de fonds devrait apporter un soutien financier à au moins 25 mécanismes du genre, afin de leur permettre de renforcer leurs capacités et de leur assurer un fonctionnement efficace.

2. **Convertir les recommandations en lois.** Les gouvernements devraient mettre en œuvre et suivre les politiques et programmes largement recommandés en faveur de l'allaitement. Plus précisément, les gouvernements devraient prendre des engagements SMART dans les buts suivants :
   - mettre en œuvre l'ensemble des dispositions énoncées dans le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel d'ici au Sommet N4G qui se tiendra en 2020 ;
   - par ailleurs, d'ici 2020, ratifier la convention de l'Organisation internationale du Travail afin d'assurer la

Pays | Organisations de la société civile | Organisations de l'ONU | Bailleurs de fonds | Entreprises | Autres organisations

protection du congé de maternité et d'autres mesures de soutien en milieu de travail et réaliser le suivi et le compte rendu des politiques en milieu de travail qui favorisent la poursuite de l'allaitement et la garde d'enfant.

3. **Mettre en œuvre des politiques à l'appui des recommandations.** Les gouvernements devraient effectuer la mise en œuvre et le suivi des politiques et programmes largement recommandés en faveur d'une alimentation saine, notamment les politiques de réduction du sel/sodium (y compris des cibles fixées dans la loi), les politiques visant à remplacer les gras trans et saturés par des gras insaturés, les restrictions relatives à la commercialisation d'aliments riches en graisses, en sucres et en sel ciblant les enfants, et les taxes sur les boissons sucrées. À ce jour, seuls 10 % des pays déclarent avoir réalisé des avancées sur trois politiques de base (à savoir la mise en œuvre des recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé sur la commercialisation d'aliments ciblant les enfants, la réduction du sel, et la réduction des gras trans et saturés) : d'ici 2030, tous les pays devraient être en mesure de rendre compte de progrès importants dans ces trois domaines.

4. **Intensifier les 13 interventions éprouvées, spécifiques à la nutrition.** Les gouvernements et les acteurs internationaux devraient œuvrer à l'élargissement de la couverture des interventions éprouvées, spécifiques à la nutrition — tant à l'échelle mondiale que nationale — en mettant l'accent sur l'intégration d'actions en faveur de la nutrition dans les plateformes des systèmes de santé. Sur les 13 interventions examinées, le taux de couverture médian varie de 1 % à 79 %. D'ici 2030, le taux de couverture médian pour les 13 interventions devrait s'élever à 90 %.

5. **Approfondir la compréhension de l'intensification et de la qualité de la mise en œuvre pour toutes les interventions éprouvées en faveur de la nutrition.** Les chercheurs devraient explorer les facteurs techniques, politiques et économiques favorisant ou empêchant l'adoption, la mise en œuvre et l'application d'interventions en faveur de la nutrition. Les domaines suivants nécessitent des recherches plus poussées :

- les enseignements tirés des conseils et des groupes de travail fructueux
- les raisons pour lesquelles certains pays atteignent une meilleure couverture que d'autres pour une intervention nutritionnelle donnée, et les raisons pour lesquelles certaines interventions spécifiques à la nutrition évoluent mieux que d'autres, y compris au sein d'un même pays ;
- la mesure dans laquelle l'intégration d'interventions éprouvées, spécifiques à la nutrition dans les systèmes de santé influe sur la nutrition et sur les résultats sanitaires en général.

D'ici la fin de 2018, les bailleurs de fonds de la recherche devraient avoir annoncé au moins deux programmes de recherche majeurs financés par plusieurs pays sur les facteurs favorisant ou empêchant l'adoption, la mise en œuvre et l'application de politiques et programmes éprouvés en faveur de la nutrition.

ACCÉLÉRER LA CONTRIBUTION DES VECTEURS SOUS-JACENTS

1. **Fixer des cibles pour les résultats des vecteurs sous-jacents.** Durant la prochaine révision de leurs plans nationaux pour la nutrition et la maîtrise des maladies non transmissibles, les gouvernements des pays et OSC devraient identifier les principaux vecteurs sous-jacents de leur contexte nutritionnel unique et établir des cibles pour accélérer leur amélioration.

2. **Fixer des cibles pour des dépenses contribuant à la nutrition.** Les gouvernements, agences de l'ONU, OSC, bailleurs de fonds et entreprises devraient prendre des engagements plus ambitieux par rapport au pourcentage de leurs investissements consacrés aux systèmes alimentaires, à l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH), à l'éducation, à l'égalité entre les sexes et aux programmes de protection sociale, qui sont explicitement conçus pour aider à lutter contre la malnutrition sous toutes ses formes.

3. **Approfondir notre compréhension des vecteurs communs de la mauvaise alimentation.** Il conviendrait que les chercheurs créent un cadre unifié et conceptuel de compréhension des vecteurs sous-jacents du surpoids/obésité, de la carence en micronutriments, du retard de croissance et de l'émaciation — et identifient les vecteurs communs à toutes les formes de malnutrition, afin d'orienter les engagements spécifiques pris par les gouvernements, bailleurs de fonds, agences de l'ONU et entreprises au niveau sous-jacent. Il conviendrait de publier ces recherches dans une série du Lancet sur la nutrition et de faire en sorte qu'elles bénéficient de l'appui des bailleurs de fonds et des gouvernements.

4. **Renforcer les actions en faveur de la nutrition pour les personnes affectées par les conflits et les situations d'urgence.** Les acteurs humanitaires nationaux et internationaux de premier plan doivent veiller à ce que leurs actions soient davantage axées sur la nutrition, en plus d'améliorer leurs performances dans les domaines suivants :

- suivi de l'accès des groupes vulnérables aux interventions humanitaires qui luttent contre la malnutrition, et réduction du fossé entre les interventions humanitaires et de développement ;
- satisfaction des normes du projet Sphère sur la mise en œuvre de la réponse humanitaire dans les domaines de l'alimentation et de la nutrition afin de renforcer la redevabilité à l'égard des groupes vulnérables ;
- recours systématique aux sciences du climat, aux mécanismes de protection sociale et aux nouvelles technologies de données pour améliorer les capacités des vecteurs sous-jacents à améliorer l'état de préparation et les réponses aux chocs.

Il conviendrait d'encourager ces acteurs à prendre des engagements SMART dans les domaines susmentionnés, à l'occasion du processus N4G 2016, et lors de leur établissement de cibles des ODD à l'échelle des pays.

Pays | Organisations de la société civile | Organisations de l'ONU | Bailleurs de fonds | Entreprises | Autres organisations

FINANCER LES CIBLES MONDIALES

1. **Augmenter les enveloppes budgétaires destinées aux programmes spécifiques à la nutrition.** Dans la droite ligne des analyses évoquées au chapitre 7, les gouvernements et les bailleurs de fonds doivent tripler leurs allocations aux interventions à fort impact qui ciblent le retard de croissance, l'émaciation, l'anémie et l'allaitement maternel exclusif sur la période 2016-2025, afin d'atteindre les cibles mondiales.

2. **Augmenter les enveloppes budgétaires destinées à l'obésité et aux maladies non transmissibles liées à la nutrition.** Le financement des politiques et interventions en matière d'obésité et de maladies non transmissibles liées à la nutrition représente une fraction infime des dépenses des budgets publics et de l'aide internationale. Les gouvernements devraient chiffrer leurs plans nationaux de redressement des maladies non transmissibles au fur et à mesure de leur élaboration, tandis que les bailleurs de fonds devraient appuyer ces plans.

3. **Élargir la part des budgets sectoriels qui ciblent l'amélioration de l'état nutritionnel.** Les gouvernements nationaux, la société civile et les agences de développement se doivent de redoubler d'efforts pour faire en sorte qu'un pourcentage élevé de leur budget destiné à l'agriculture, à l'éducation, au système alimentaire, aux systèmes de santé, à la protection sociale et aux activités WASH consacre davantage de ressources à la nutrition sous toutes ses formes. Ces budgets sont imposants, pourtant seule une petite fraction de leurs ressources est explicitement axée sur la nutrition. Une première étape fondamentale consiste à établir une base de référence et une cible de dépenses SMART dans chaque secteur. Les pays qui ont montré la voie de la budgétisation de la nutrition pourraient de nouveau donner l'exemple en communiquant leurs résultats par rapport à ces cibles dans le *Rapport sur la nutrition mondiale 2017*.

4. **Il est impératif que tous les acteurs suivent de façon plus cohérente leurs dépenses totales en faveur de la nutrition.** Les bailleurs de fonds, compte tenu de leur rôle catalyseur et de l'importance relative de leurs moyens, devraient faire état de leurs engagements — et décaissements — à l'égard de leurs actions de financement spécifiques à la nutrition. Ils devraient par ailleurs faire état de leurs engagements et décaissements contribuant à la nutrition — à partir des secteurs sociaux et de développement plus larges qui influent sur la nutrition — chaque année, au moyen de la même méthodologie, à compter du *Rapport sur la nutrition mondiale 2017*.

5. **Améliorer le fonctionnement des codes du Système de notification des pays créanciers pour une redevabilité accrue en matière de nutrition**. D'ici le Sommet N4G de 2020, la base de données du Comité d'aide au développement de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) devrait développer des codes pour les dépenses d'aide au développement sur des projets de lutte contre la sous-alimentation contribuant à la nutrition et des projets axés sur les maladies non transmissibles liées à la nutrition.

MESURER LES AVANCÉES À L'ÉCHELLE NATIONALE ET INFRANATIONALE

1. **l'ODD 2 n'amorce que le début, et non la fin, de la redevabilité en matière de nutrition.** Les gouvernements nationaux devraient regarder bien au-delà de l'ODD 2 lors du suivi des progrès sur nutrition et élaborer des mécanismes inclusifs de déclaration annuelle à l'échelle nationale et infranationale afin d'évaluer les avancées sur le front des résultats et actions nutritionnels.

2. **Aligner les enquêtes démographiques et sanitaires (EDS) et les enquêtes par grappes à indicateurs multiples (EGIM) sur les indicateurs nutritionnels des ODD**. Au cours des 12 prochains mois, les partenaires de mise en œuvre et de financement appuyant les EDS et les EGIM devraient travailler de concert pour identifier les indicateurs des ODD à ajouter aux enquêtes.

3. **Inciter à l'innovation dans la collecte de données sur la nutrition.** Des méthodes plus créatives d'utilisation et de collecte des données infranationales s'imposent. Les bailleurs de fonds de la recherche devraient stimuler la créativité au moyen de prix de l'innovation. D'ici la fin 2018, un programme de recherche s'étendant sur plusieurs années et plusieurs pays devrait être annoncé.

4. **Mesurer les inégalités et honorer l'engagement des ODD visant à ne laisser personne de côté.** Les gouvernements, les bailleurs de fonds et la société civile devraient redoubler d'efforts pour identifier et éliminer les inégalités dans les résultats nutritionnels et l'accès aux services dans le domaine. Tous les nouveaux rapports tirés des EDS et des EGIM devraient au moins rendre compte de l'ensemble des facteurs de stratification que nous avons évoqués au chapitre 8.

5. **Renforcer la redevabilité en matière de nutrition à l'égard des personnes touchées par les conflits et les situations d'urgence.** Les agences de l'ONU et les gouvernements devraient redoubler d'efforts pour évaluer l'état nutritionnel des personnes déplacées et leur accès à des denrées alimentaires, des soins et des services de santé, ainsi que combler les déficits en la matière. Les pays vulnérables aux situations d'urgence doivent en faire davantage pour incorporer la planification d'urgence dans leurs plans nationaux pour la nutrition. D'ici la fin 2017, dans le cadre de la Décennie d'action, les gouvernements des pays devraient envisager d'évaluer leur état de préparation aux situations d'urgence dans le cadre de leurs plans nationaux pour la nutrition.



ANNEXE 1 PAYS OÙ PLUSIEURS FORMES DE MALNUTRITION SE CHEVAUCHENT

TABLEAU A1.1 Pays où le retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans, l'anémie chez les femmes en âge de procréer, et le surpoids et l'obésité chez l'adulte se chevauchent

Chevauchement ou groupe indicateur	Nombre de Pays	Population totale (en millions)	Pays
Retard de croissance chez les moins de 5 ans seulement	2	111	Éthiopie, Rwanda
Anémie chez les FAP seulement	5	258	Ghana, Japon, Sénégal, Sri Lanka, Thaïlande
Surpoids et obésité (IMC ≥ 25) chez l'adulte (18 ans et plus) seulement	14	919	Allemagne, Argentine, Australie, Brésil, Chili, Colombie, Costa Rica, États-Unis, ex-République yougoslave de Macédoine, Mexique, Paraguay, Pérou, Tonga, Uruguay
Retard de croissance chez les moins de 5 ans et anémie chez les FAP seulement	48	2 910	Afghanistan, Angola, Bangladesh, Bénin, Bhoutan, Burkina Faso, Burundi, Cambodge, Cameroun, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Djibouti, Érythrée, Gambie, Guinée, Guinée-Bissau, Inde, Indonésie, Kenya, Libéria, Madagascar, Malawi, Maldives, Mali, Mauritanie, Mozambique, Myanmar, Népal, Niger, Nigéria, Ouganda, Pakistan, Philippines, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République démocratique populaire Lao, République populaire démocratique de Corée, République-Unie de Tanzanie, Sao Tomé-et-Principe, Sierra Leone, Somalie, Soudan, Tchad, Timor-Leste, Togo, Zambie, Zimbabwe
Retard de croissance chez les moins de 5 ans, et surpoids et obésité chez l'adulte seulement	2	15	Honduras, Nicaragua
Anémie chez les FAP, et surpoids et obésité chez l'adulte seulement	35	484	Algérie, Arabie saoudite, Azerbaïdjan, Barbade, Bélarus, Belize, Bolivie, Bosnie-Herzégovine, Brunéi Darussalam, El Salvador, Gabon, Géorgie, Guyana, Iran, Jamaïque, Jordanie, Kazakhstan, Kirghizistan, Koweït, Malaisie, Maroc, Mongolie, Monténégro, Oman, Ouzbékistan, Panama, République de Moldova, République dominicaine, Sainte-Lucie, Serbie, Seychelles, Suriname, Tunisie, Turquie, Venezuela
Retard de croissance chez les moins de 5 ans, anémie chez les FAP, et surpoids et obésité chez l'adulte	20	303	Afrique du Sud, Albanie, Arménie, Botswana, Égypte, Équateur, Guatemala, Guinée équatoriale, Haïti, Îles Salomon, Iraq, Lesotho, Libye, Namibie, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Swaziland, Syrie, Tadjikistan, Vanuatu, Yémen
Sous le seuil des trois indicateurs	3	1 545	Chine, République de Corée, Viet Nam
Total avec données	129	6 544	
Données manquantes pour au moins un des indicateurs	64		
Total	193		

Source : Auteurs.

Sources de données : UNICEF, OMS et Banque mondiale (2015) (les données sur le retard de croissance datent de 2005–2015) ; Stevens et al. (2013) (les données sur l'anémie datent de 2011) ; OMS (2015a) (les données sur le surpoids et l'obésité datent de 2014) ; Nations Unies (2013) (les données démographiques datent de 2015).

Notes : FAP = femmes en âge de procréer ; IMC = indice de masse corporelle. Les seuils de classement des pays dans chaque catégorie d'indicateur sont les suivants : retard de croissance chez les moins de 5 ans ≥ 20 %, anémie chez les FAP ≥ 20 %, et surpoids et obésité chez l'adulte ≥ 35 %. Ces seuils ont été choisis parce que l'Organisation mondiale de la Santé considère qu'ils présentent un intérêt pour la santé publique (OMS 2010a).

ANNEXE 2 RÈGLES PERMETTANT D'ÉTABLIR SI LES PAYS SONT OU NON EN BONNE VOIE D'ATTEINDRE LES CIBLES MONDIALES (DANS LE *RAPPORT SUR LA NUTRITION MONDIALE 2015*)

TABLEAU A2.1 Règles permettant d'établir les progrès réalisés par rapport aux indicateurs de l'Assemblée mondiale de la santé sur la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant

Indicateur	En bonne voie		En mauvaise voie	
Émaciation (chez les enfants de moins de 5 ans)	Taux actuel < 5 %		Taux actuel ≥ 5 %	
Anémie (chez les femmes en âge de procréer)	TRAM actuel ≥ 5,2 %		TRAM actuel < 5,2 %	
	Progrès satisfaisants	**À risque**	**Quelques progrès**	**Aucun progrès**
Retard de croissance (chez les enfants de moins de 5 ans)	Taux actuel ≤ 5 % et TRAM actuel ≥ 0 (taux égal ou inférieur à 5 % et continue de décliner) Ou TRAM actuel ≥ TRAM requis pour le pays, indépendamment de la prévalence (taux de diminution supérieur au taux nécessaire pour atteindre la cible mondiale)	Taux actuel ≤ 5 % et TRAM actuel < 0 (taux égal ou inférieur à 5 %, mais en hausse)	Taux actuel > 5 % et TRAM actuel > 0, mais < au TRAM requis pour que le pays atteigne la cible mondiale (taux supérieur à 5 % et en déclin, mais pas suffisamment rapidement pour atteindre la cible mondiale)	Taux actuel > 5 % et TRAM actuel ≤ 0 (taux supérieur à 5 % et stationnaire ou empirant)
Surpoids (chez les enfants de moins de 5 ans)	Taux actuel < 7 % et TRAM actuel ≥ 0 (taux inférieur au seuil de 7 % et en déclin)	Taux actuel < 7 % et TRAM actuel < 0 (taux inférieur au seuil de 7 %, mais en hausse)	Taux actuel ≥ 7 % et TRAM actuel > 0 (taux égal ou supérieur au seuil de 7 % et en déclin)	Taux actuel ≥ 7 % et TRAM actuel ≤ 0 (taux égal ou supérieur au seuil de 7 % et en hausse)
	En bonne voie	**Quelques progrès**	**Aucun progrès**	**Recul**
Allaitement maternel exclusif (chez les nourrissons de moins de 6 mois)	CAMPP ≥ CAMPP cible	CAMPP ≥ 25 % et < 100 % de la CAMPP cible	CAMPP (positive ou négative) < 25 % de la CAMPP cible, et aucune diminution supérieure ou égale à 10 % des taux d'AME	Une baisse supérieure à 10 % des taux d'AME a été observée sur une période récente quelconque, pour un taux de départ quelconque d'AME

Source : Auteurs.

Note : En 2015, aucune règle n'avait été proposée par l'Organisation mondiale de la Santé et l'UNICEF pour évaluer les progrès sur le front du faible poids à la naissance (naissances vivantes < 2 500 g). TRAM = taux de réduction annuel moyen ; AME = allaitement maternel exclusif ; CAMPP = croissance annuelle moyenne en points de pourcentage.

TABLEAU A2.2 Règles permettant d'établir les progrès réalisés par rapport aux indicateurs de maladies non transmissibles

Surpoids et obésité chez l'adulte (IMC ≥ 25)		Catégorie de progrès	
	Variation des taux de prévalence entre 2010 et 2014	Prévalence de référence du surpoids et de l'obésité chez l'adulte < 35 % (inférieure à la moyenne)	Prévalence de référence du surpoids et de l'obésité chez l'adulte ≥ 35 % (supérieure à la moyenne)
En bonne voie	Ni augmentation ni déclin	Faible et stable/en baisse	Élevée, mais stable/en baisse
En mauvaise voie	Augmentation	Faible, mais en hausse	Élevée et en hausse

Obésité et diabète chez l'adulte	En bonne voie	En mauvaise voie
Obésité chez l'adulte (IMC ≥ 30)	Ni augmentation ni déclin du taux de prévalence entre 2010 et 2014	Augmentation des taux de prévalence entre 2010 et 2014
Diabète chez l'adulte	Ni augmentation ni déclin du taux de prévalence entre 2010 et 2014	Augmentation des taux de prévalence entre 2010 et 2014

Source : Auteurs.

Note : Les adultes sont âgés de 18 ans et plus. L'indicateur du diabète est mesuré comme suit : taux de glycémie élevé (taux de glycémie à jeun ≥ 7,0 mmol/l [126 mg/dl], traitement pour un taux de glycémie élevé ou antécédents de diagnostic de diabète). IMC = indice de masse corporelle.

ANNEXE 3 SITUATION NUTRITIONNELLE DES PAYS ET AVANCÉES DANS LE DOMAINE

TABLEAU A3.1 Pays présentant de nouveaux points de données depuis le *Rapport sur la nutrition mondiale 2015* et changements subséquents dans l'évaluation de leurs progrès vers l'atteinte des cibles de l'AMS

Cible ou pays	Évaluation 2015	Évaluation 2016
Allaitement maternel exclusif chez les nourrissons de moins de 6 mois		
Bhoutan	Données insuffisantes pour réaliser une évaluation	En mauvaise voie, quelques progrès
Cameroun	En mauvaise voie, aucun progrès	En bonne voie
Congo	En mauvaise voie, aucun progrès	En bonne voie
ERY Macédoine	Données insuffisantes pour réaliser une évaluation	En mauvaise voie, quelques progrès
Guatemala	Données insuffisantes pour réaliser une évaluation	En mauvaise voie, quelques progrès
Oman	Données insuffisantes pour réaliser une évaluation	Données insuffisantes pour réaliser une évaluation
Panama	Données insuffisantes pour réaliser une évaluation	Données insuffisantes pour réaliser une évaluation
RPD Corée	Données insuffisantes pour réaliser une évaluation	Données insuffisantes pour réaliser une évaluation
Sao Tomé-et-Principe	En mauvaise voie, aucun progrès	En bonne voie
Swaziland	En bonne voie	En bonne voie
Tchad	Données insuffisantes pour réaliser une évaluation	En mauvaise voie, aucun progrès
Timor-Leste	Données insuffisantes pour réaliser une évaluation	En bonne voie
Turkménistan	Données insuffisantes pour réaliser une évaluation	Données insuffisantes pour réaliser une évaluation
Vanuatu	En bonne voie	En bonne voie
Retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans		
El Salvador	En mauvaise voie, quelques progrès	En bonne voie, progrès satisfaisants
Inde	En mauvaise voie, quelques progrès	En mauvaise voie, quelques progrès
Népal	En bonne voie, progrès satisfaisants	En mauvaise voie, quelques progrès
Yémen	En mauvaise voie, quelques progrès	En mauvaise voie, quelques progrès
Surpoids chez les enfants de moins de 5 ans		
El Salvador	En bonne voie, progrès satisfaisants	En bonne voie, à risque
Népal	En bonne voie, à risque	En bonne voie, à risque
Yémen	En bonne voie, progrès satisfaisants	En bonne voie, à risque
Émaciation chez les enfants de moins de 5 ans		
El Salvador	En bonne voie	En bonne voie
Inde	En mauvaise voie	En mauvaise voie
Népal	En mauvaise voie	En mauvaise voie
Yémen	En mauvaise voie	En mauvaise voie

Source : Auteurs. Les données pour l'évaluation de 2016 sont fondées sur la mise à jour de septembre 2015 des estimations conjointes sur la malnutrition (UNICEF, OMS et Banque mondiale 2015), sauf les données sur l'allaitement maternel exclusif des nourrissons de moins de 6 mois, qui ont été mises à jour en mars 2016 (UNICEF 2016b).

Note : Voir l'Annexe 2 pour connaître les règles permettant d'établir si les pays sont ou non en bonne voie d'atteindre les cibles de l'AMS en matière de nutrition maternelle et infantile à l'horizon 2025. ERY Macédoine = ex-République yougoslave de Macédoine. RPD Corée = République populaire démocratique de Corée.

TABLEAU A3.2 Classement des pays par ordre croissant de prévalence du retard de croissance

Rang	Pays	Prévalence du retard de croissance (%)	Rang	Pays	Prévalence du retard de croissance (%)	Rang	Pays	Prévalence du retard de croissance (%)
1	Allemagne	1,3	47	Malaisie	17,2	93	Comores	32,1
2	Chili	1,8	48	Gabon	17,5	93	Libéria	32,1
3	Australie	2,0	48	Pérou	17,5	95	Cambodge	32,4
4	États-Unis	2,1	50	Azerbaïdjan	18,0	96	Cameroun	32,6
5	République de Corée	2,5	51	Bolivie	18,1	97	Îles Salomon	32,8
5	Sainte-Lucie	2,5	52	Ghana	18,8	98	Burkina Faso	32,9
7	Bélarus	4,5	53	Panama	19,1	98	Nigéria	32,9
8	ERY Macédoine	4,9	54	Belize	19,3	100	Lesotho	33,2
9	Costa Rica	5,6	55	Sénégal	19,4	101	Djibouti	33,5
10	Jamaïque	5,7	55	Viet Nam	19,4	102	Bhoutan	33,6
11	Koweït	5,8	57	Ouzbékistan	19,6	103	Bénin	34,0
12	Serbie	6,0	58	Brunéi Darussalam	19,7	104	Ouganda	34,2
13	République de Moldova	6,4	59	Maldives	20,3	105	Rép.-Unie de Tanzanie	34,7
14	Iran	6,8	60	Arménie	20,8	106	Myanmar	35,1
15	Brésil	7,1	61	Libye	21,0	107	Bangladesh	36,1
15	République dominicaine	7,1	62	Haïti	21,9	108	Indonésie	36,4
15	Japon	7,1	63	Mauritanie	22,0	109	Népal	37,4
18	Barbade	7,7	64	Égypte	22,3	110	Sierra Leone	37,9
19	Jordanie	7,8	65	Iraq	22,6	110	Rwanda	37,9
20	Seychelles	7,9	66	Honduras	22,7	112	Soudan	38,2
21	Tonga	8,1	67	Nicaragua	23	113	Mali	38,5
22	Argentine	8,2	68	Albanie	23,1	114	Tchad	38,7
23	Suriname	8,8	68	Namibie	23,1	114	Inde	38,7
24	Bosnie-Herzégovine	8,9	70	Afrique du Sud	23,9	116	Zambie	40,0
25	Arabie saoudite	9,3	71	Nauru	24,0	117	Éthiopie	40,4
26	Monténégro	9,4	72	Gambie	24,5	118	République centrafricaine	40,7
26	Chine	9,4	73	Congo	25,0	119	Afghanistan	40,9
28	Turquie	9,5	74	Équateur	25,2	120	Malawi	42,4
29	Oman	9,8	75	Swaziland	25,5	121	RDC	42,6
30	Tuvalu	10,0	76	Somalie	25,9	122	Niger	43,0
31	Tunisie	10,1	77	Kenya	26,0	123	Mozambique	43,1
32	Uruguay	10,7	78	Guinée équatoriale	26,2	124	RDP Lao	43,8
33	Mongolie	10,8	79	Tadjikistan	26,8	125	Pakistan	45,0
34	Paraguay	10,9	80	Syrie	27,5	126	Yémen	46,5
35	Géorgie	11,3	80	Togo	27,5	127	Guatemala	48,0
36	Algérie	11,7	82	Zimbabwe	27,6	128	Madagascar	49,2
37	Guyana	12,0	82	Guinée-Bissau	27,6	129	Papouasie-Nouvelle-Guinée	49,5
38	Colombie	12,7	84	RPD Corée	27,9	130	Érythrée	50,3
39	Kirghizistan	12,9	85	Vanuatu	28,5	131	Burundi	57,5
40	Kazakhstan	13,1	86	Angola	29,2	132	Timor-Leste	57,7
41	Venezuela	13,4	87	Côte d'Ivoire	29,6			
42	Mexique	13,6	88	Philippines	30,3			
43	El Salvador	14,0	89	Soudan du Sud	31,1			
44	Sri Lanka	14,7	90	Guinée	31,3			
45	Maroc	14,9	91	Botswana	31,4			
46	Thaïlande	16,3	92	Sao Tomé-et-Principe	31,6			

Source : Auteurs, d'après UNICEF, OMS et Banque mondiale (2015).

Note : ERY Macédoine = ex-République yougoslave de Macédoine. RDC = République démocratique du Congo. RDP Lao = République démocratique populaire Lao. RPD Corée = République populaire démocratique de Corée.



TABLEAU A3.3 Classement des pays par ordre croissant de prévalence de l'émaciation

Rang	Pays	Prévalence de l'émaciation (%)	Rang	Pays	Prévalence de l'émaciation (%)	Rang	Pays	Prévalence de l'émaciation (%)
1	Australie	0,0	45	Tuvalu	3,3	93	Myanmar	7,9
2	Chili	0,3	48	Gabon	3,4	93	Philippines	7,9
3	Pérou	0,4	49	Sainte-Lucie	3,7	93	Nigéria	7,9
4	États-Unis	0,5	50	Rép.-Unie de Tanzanie	3,8	96	RDC	8,1
5	Colombie	0,9	50	Malawi	3,8	97	Angola	8,2
6	Costa Rica	1,0	52	Serbie	3,9	98	Éthiopie	8,7
6	Nauru	1,0	53	Kenya	4,0	99	Albanie	9,4
6	Allemagne	1,0	53	Iran	4,0	99	Sierra Leone	9,4
6	Mongolie	1,0	53	RPD Corée	4,0	101	Afghanistan	9,5
10	Guatemala	1,1	56	Algérie	4,1	101	Égypte	9,5
11	Argentine	1,2	56	Kazakhstan	4,1	103	Cambodge	9,6
11	Panama	1,2	56	Venezuela	4,1	104	Guinée	9,9
11	République de Corée	1,2	59	Arménie	4,2	104	Tadjikistan	9,9
14	Uruguay	1,3	60	Îles Salomon	4,3	106	Maldives	10,2
15	Honduras	1,4	60	Seychelles	4,3	107	Pakistan	10,5
16	Nicaragua	1,5	60	Ouganda	4,3	108	Burkina Faso	10,9
17	Bolivie	1,6	63	Vanuatu	4,4	109	Comores	11,1
17	Mexique	1,6	64	Ouzbékistan	4,5	110	Sao Tomé-et-Principe	11,2
17	Brésil	1,6	64	Bénin	4,5	111	Népal	11,3
17	Géorgie	1,6	66	Ghana	4,7	112	Gambie	11,5
21	Turquie	1,7	66	Afrique du Sud	4,7	112	Syrie	11,5
22	ERY Macédoine	1,8	68	Suriname	5,0	114	Mauritanie	11,6
23	République de Moldova	1,9	69	Haïti	5,2	115	Arabie saoudite	11,8
24	Swaziland	2,0	69	Tonga	5,2	116	Indonésie	13,5
24	El Salvador	2,0	71	Libéria	5,6	117	Papouasie-Nouvelle-Guinée	14,3
26	Bélarus	2,2	72	Viet Nam	5,7	117	Bangladesh	14,3
26	Rwanda	2,2	73	Sénégal	5,8	119	Somalie	14,9
28	Bosnie-Herzégovine	2,3	73	Cameroun	5,8	120	Inde	15,1
28	Maroc	2,3	75	Bhoutan	5,9	121	Érythrée	15,3
28	Japon	2,3	75	Congo	5,9	121	Mali	15,3
28	Équateur	2,3	77	Guinée-Bissau	6,0	123	Tchad	15,7
28	Chine	2,3	78	Mozambique	6,1	124	Soudan	16,3
33	Jordanie	2,4	78	Burundi	6,1	124	Yémen	16,3
33	Koweït	2,4	80	Zambie	6,3	126	Niger	18,7
33	République dominicaine	2,4	81	RDP Lao	6,4	127	Timor-Leste	18,9
36	Paraguay	2,6	81	Guyana	6,4	128	Sri Lanka	21,4
37	Tunisie	2,8	83	Libye	6,5	129	Djibouti	21,5
37	Monténégro	2,8	84	Thaïlande	6,7	130	Soudan du Sud	22,7
37	Lesotho	2,8	84	Togo	6,7			
37	Kirghizistan	2,8	86	Barbade	6,8			
41	Brunéi Darussalam	2,9	87	Oman	7,1			
42	Jamaïque	3,0	87	Namibie	7,1			
43	Azerbaïdjan	3,1	89	Botswana	7,2			
43	Guinée équatoriale	3,1	90	Iraq	7,4			
45	Zimbabwe	3,3	90	République centrafricaine	7,4			
45	Belize	3,3	92	Côte d'Ivoire	7,6			

Source : Auteurs, d'après UNICEF, OMS et Banque mondiale (2015).

Note : ERY Macédoine = ex-République yougoslave de Macédoine. RDC = République démocratique du Congo. RDP Lao = République démocratique populaire Lao. RPD Corée = République populaire démocratique de Corée.



TABLEAU A3.4 Classement des pays par ordre croissant de prévalence du surpoids chez les enfants de moins de 5 ans

Rang	Pays	Prévalence du surpoids (%)	Rang	Pays	Prévalence du surpoids (%)	Rang	Pays	Prévalence du surpoids (%)
1	RPD Corée	0, 0	46	Colombie	4, 8	92	Swaziland	9, 0
2	Sri Lanka	0, 6	48	Guatemala	4, 9	94	Chili	9, 3
3	Mauritanie	1, 2	48	République de Moldova	4, 9	95	Bélarus	9, 7
4	Sénégal	1, 3	50	Philippines	5, 0	95	Guinée équatoriale	9, 7
5	Bangladesh	1, 4	51	Malawi	5, 1	97	Argentine	9, 9
6	Japon	1, 5	52	Honduras	5, 2	98	Seychelles	10, 2
7	Oman	1, 7	52	Rép, -Unie de Tanzanie	5, 2	99	Mongolie	10, 5
7	Bénin	1, 7	54	Guyana	5, 3	100	Maroc	10, 7
9	République centrafricaine	1, 8	55	Afghanistan	5, 4	101	Thaïlande	10, 9
9	Nigéria	1, 8	56	Timor-Leste	5, 8	101	Turquie	10, 9
11	Érythrée	1, 9	56	Ouganda	5, 8	101	Comores	10, 9
11	Inde	1, 9	58	Soudan du Sud	6, 0	104	Botswana	11, 2
13	RDP Lao	2, 0	58	États-Unis	6, 0	105	Indonésie	11, 5
13	Togo	2, 0	58	El Salvador	6, 0	106	Sao Tomé-et-Principe	11, 6
13	Cambodge	2, 0	61	Arabie saoudite	6, 1	107	Paraguay	11, 7
13	Yémen	2, 0	62	Zambie	6, 2	108	Iraq	11, 8
17	Népal	2, 1	62	Nicaragua	6, 2	109	Barbade	12, 2
18	Guinée-Bissau	2, 3	64	Sainte-Lucie	6, 3	110	Algérie	12, 4
19	Îles Salomon	2, 5	64	Tuvalu	6, 3	110	ERY Macédoine	12, 4
20	Ghana	2, 6	66	Venezuela	6, 4	112	Ouzbékistan	12, 8
20	Éthiopie	2, 6	67	Cameroun	6, 5	113	Azerbaïdjan	13, 0
20	Myanmar	2, 6	67	Maldives	6, 5	114	Kazakhstan	13, 3
23	Gambie	2, 7	69	Tadjikistan	6, 6	115	Papouasie-Nouvelle-Guinée	13, 8
24	Burkina Faso	2, 8	69	Chine	6, 6	116	Serbie	13, 9
24	Tchad	2, 8	71	Kirghizistan	7, 0	117	Tunisie	14, 3
24	Nauru	2, 8	72	Pérou	7, 2	118	Égypte	15, 7
27	Somalie	2, 9	72	Uruguay	7, 2	119	Arménie	16, 8
27	Burundi	2, 9	74	Brésil	7, 3	120	Tonga	17, 3
29	Soudan	3, 0	74	République de Corée	7, 3	121	Bosnie-Herzégovine	17, 4
29	Niger	3, 0	76	Lesotho	7, 4	122	Syrie	17, 9
31	Libéria	3, 2	77	Équateur	7, 5	123	Géorgie	19, 9
31	Côte d'Ivoire	3, 2	78	République dominicaine	7, 6	124	Monténégro	22, 3
33	Allemagne	3, 5	78	Bhoutan	7, 6	125	Libye	22, 4
34	Zimbabwe	3, 6	80	Gabon	7, 7	126	Albanie	23, 4
34	Congo	3, 6	80	Australie	7, 7			
34	Haïti	3, 6	80	Rwanda	7, 7			
37	Guinée	3, 8	83	Jamaïque	7, 8			
38	Suriname	4, 0	84	Mozambique	7, 9			
39	Namibie	4, 1	84	Belize	7, 9			
39	Kenya	4, 1	86	Djibouti	8, 1			
41	RDC	4, 4	86	Costa Rica	8, 1			
42	Viet Nam	4, 6	88	Brunéi Darussalam	8, 3			
42	Vanuatu	4, 6	89	Bolivie	8, 7			
44	Mali	4, 7	89	Koweït	8, 7			
44	Jordanie	4, 7	91	Sierra Leone	8, 9			
46	Pakistan	4, 8	92	Mexique	9, 0			

Source : Auteurs, d'après UNICEF, OMS et Banque mondiale (2015).

Note : ERY Macédoine = ex-République yougoslave de Macédoine. RDC = République démocratique du Congo. RDP Lao = République démocratique populaire Lao. RPD Corée = République populaire démocratique de Corée.

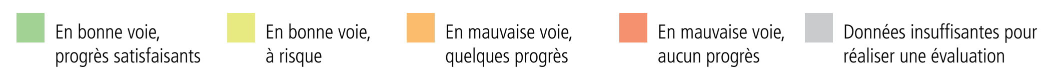


TABLEAU A3.5 Classement des pays par ordre croissant de prévalence de l'anémie chez les femmes en âge de procréer

Rang	Pays	Prévalence de l'anémie (%)	Rang	Pays	Prévalence de l'anémie (%)	Rang	Pays	Prévalence de l'anémie (%)
1	États-Unis	11,9	47	Brunéi Darussalam	20,4	93	Trinité-et-Tobago	25,3
2	Chili	12,1	47	Grèce	20,4	93	Îles Salomon	25,3
3	Nicaragua	12,9	49	Malaisie	20,7	93	Saint-Vincent-et-les-Grenadines	25,3
4	Viet Nam	14,1	50	Burundi	20,9	96	Philippines	25,4
5	Mexique	14,4	50	Kiribati	20,9	97	Dominique	25,5
6	Royaume-Uni	14,7	52	Seychelles	21,2	98	Sri Lanka	25,7
7	Nouvelle-Zélande	14,8	53	Fédération de Russie	21,4	98	Guatemala	25,7
8	Argentine	15,6	54	Albanie	21,5	100	Grenade	25,8
9	Canada	16,5	55	Vanuatu	21,7	101	Arménie	25,9
10	Andorre	17,0	55	Belize	21,7	102	République dominicaine	26,0
10	Islande	17,0	57	Singapour	22,0	102	République de Moldova	26,0
12	Malte	17,1	58	Japon	22,1	104	Émirats arabes unis	26,2
12	Israël	17,1	59	Koweït	22,4	105	Sainte-Lucie	26,4
14	Irlande	17,2	59	Bélarus	22,4	106	Ouganda	26,7
15	Norvège	17,3	61	Timor-Leste	22,5	107	Lesotho	26,8
16	Uruguay	17,4	61	Indonésie	22,5	107	Fidji	26,8
16	Rwanda	17,4	61	République tchèque	22,5	109	Djibouti	27,1
18	Australie	17,5	61	Venezuela	22,5	110	Liban	27,5
19	Luxembourg	17,6	65	Ukraine	22,8	110	Géorgie	27,5
20	Finlande	17,7	66	Lituanie	23,0	112	Afrique du Sud	27,6
20	Samoa	17,7	67	Bahamas	23,1	113	Chypre	27,7
22	Suède	17,8	67	Barbade	23,1	114	Swaziland	27,8
23	Allemagne	17,9	69	Pologne	23,3	115	Qatar	27,9
24	Danemark	18,0	69	Slovaquie	23,3	115	Libye	27,9
24	Belgique	18,0	71	Maurice	23,4	117	Tunisie	28,0
24	Honduras	18,0	71	Cuba	23,4	118	Iran	28,1
27	Pays-Bas	18,1	73	El Salvador	23,5	119	Jordanie	28,4
27	Espagne	18,1	73	Lettonie	23,5	119	Zimbabwe	28,4
29	Micronésie	18,3	73	Hongrie	23,5	121	Botswana	28,5
30	Autriche	18,5	76	Slovénie	23,6	122	Turquie	28,8
30	Pérou	18,5	77	Thaïlande	23,8	122	Malawi	28,8
32	Tonga	18,6	78	Bulgarie	23,9	124	Zambie	29,2
33	France	18,9	79	Estonie	24,0	125	Papouasie-Nouvelle-Guinée	29,8
33	Portugal	18,9	80	Monténégro	24,1	125	Kazakhstan	29,8
35	Costa Rica	19,0	81	Bosnie-Herzégovine	24,3	127	Myanmar	30,3
36	Suisse	19,1	81	Équateur	24,3	128	Comores	30,8
37	Éthiopie	19,2	81	Roumanie	24,3	129	Syrie	30,9
38	Paraguay	19,3	84	Jamaïque	24,4	130	RDP Lao	31,0
38	ERY Macédoine	19,3	85	Croatie	24,5	131	Iraq	31,3
40	Italie	19,4	86	Tadjikistan	24,6	132	Soudan	31,5
40	République de Corée	19,4	87	Panama	24,8	133	Madagascar	31,8
42	Chine	19,5	88	Suriname	24,9	134	Turkménistan	32,1
42	Colombie	19,5	88	Serbie	24,9	135	Bolivie	32,4
44	Brésil	19,6	88	Antigua-et-Barbuda	24,9	136	Kirghizistan	32,5
45	Îles Marshall	20,0	91	Kenya	25,0	137	Algérie	32,7
46	Mongolie	20,2	91	RPD Corée	25,0	137	Namibie	32,7

Source : Auteurs, d'après Stevens et al. (2013).

À suivre

En bonne voie   En mauvaise voie

Tableau A3.5 Suite

Rang	Pays	Prévalence de l'anémie (%)	Rang	Pays	Prévalence de l'anémie (%)	Rang	Pays	Prévalence de l'anémie (%)
137	Azerbaïdjan	32,7	155	Cameroun	41,5	171	Guinée	48,4
140	Érythrée	32,8	156	Somalie	42,6	172	Nigéria	48,5
141	Afghanistan	33,0	157	Sao Tomé-et-Principe	42,7	173	Côte d'Ivoire	48,8
142	Maroc	33,1	158	Bangladesh	43,5	174	RDC	49,0
143	Guyana	33,7	159	Bhoutan	43,7	175	Libéria	49,3
144	Égypte	34,5	160	Cambodge	43,8	176	Burkina Faso	49,5
145	Oman	35,1	161	Mozambique	44,2	177	Bénin	49,6
146	Népal	36,1	162	Guinée-Bissau	44,6	178	Congo	50,7
147	Maldives	36,6	163	Angola	44,8	179	Gabon	50,8
148	Haïti	37,1	164	Sierra Leone	45,2	180	Pakistan	51,1
149	Yémen	37,5	165	Gambie	45,3	181	Ouzbékistan	51,7
150	Bahreïn	37,6	166	Guinée équatoriale	45,4	182	Togo	52,7
151	Cap-Vert	37,9	167	République centrafricaine	46,0	183	Mali	56,2
152	Mauritanie	39,0	168	Tchad	46,6	184	Ghana	56,4
153	Rép,-Unie de Tanzanie	39,6	169	Niger	46,7	185	Sénégal	57,5
154	Arabie saoudite	40,3	170	Inde	48,1			

Source : Auteurs, d'après Stevens et al. (2013).

Note : ERY Macédoine = ex-République yougoslave de Macédoine. RDC = République démocratique du Congo. RDP Lao = République démocratique populaire Lao. RPD Corée = République populaire démocratique de Corée.



TABLEAU A3.6 Classement des pays par ordre décroissant du taux d'allaitement maternel exclusif (AME)

Rang	Pays	Taux d'AME (%)	Rang	Pays	Taux d'AME (%)	Rang	Pays	Taux d'AME (%)
1	Rwanda	87,0	48	Inde	46,4	95	Chine	27,6
2	Sri Lanka	75,8	49	Soudan du Sud	45,1	96	Mauritanie	26,9
3	Sao Tomé-et-Principe	73,8	50	Swaziland	44,1	97	Ouzbékistan	26,4
4	Îles Salomon	73,7	51	Colombie	42,9	98	Algérie	25,7
5	Vanuatu	72,6	52	Syrie	42,6	99	Paraguay	24,4
6	Zambie	72,5	53	Madagascar	41,9	100	Viet Nam	24,3
7	Malawi	70,2	54	Indonésie	41,5	101	Jamaïque	23,8
8	Burundi	69,3	55	Bénin	41,4	102	Myanmar	23,6
9	Kiribati	69,0	56	Rép.-Unie de Tanzanie	41,1	103	Croatie	23,3
10	RPD Corée	68,9	56	Kirghizistan	41,1	103	Guyana	23,3
11	Érythrée	68,7	58	Zimbabwe	41,0	103	Niger	23,3
12	Pérou	68,4	58	Mozambique	41,0	106	ERY Macédoine	23,0
13	Nauru	67,2	60	RDP Lao	40,4	107	Jordanie	22,7
14	Lesotho	66,9	61	Équateur	40,0	108	Panama	21,5
15	Cambodge	65,0	62	Fidji	39,8	109	Maurice	21,0
16	Bolivie	64,3	63	Haïti	39,7	110	Guinée	20,5
17	Ouganda	63,2	63	Égypte	39,7	111	Botswana	20,3
17	Chili	63,2	65	Grenade	39,0	112	Barbade	19,7
19	Timor-Leste	62,3	66	Brésil	38,6	112	Ukraine	19,7
20	Kenya	61,4	66	Albanie	38,6	114	Iraq	19,6
21	Micronésie (États fédérés de)	60,0	68	Mali	37,8	115	Bélarus	19,0
22	Cap-Vert	59,6	69	Pakistan	37,7	116	Bosnie-Herzégovine	18,5
23	Palaos	59,0	70	République de Moldova	36,4	117	Nigéria	17,4
24	Togo	57,5	71	Tuvalu	34,7	118	Monténégro	16,8
25	Népal	56,9	72	Arménie	34,6	119	Roumanie	15,8
26	Papouasie-Nouvelle-Guinée	56,1	73	Tadjikistan	34,3	120	Liban	14,8
27	Saint-Kitts-et-Nevis	55,6	74	EAU	34,0	121	Belize	14,7
28	Soudan	55,4	74	République centrafricaine	34,0	122	Mexique	14,4
29	Bangladesh	55,3	74	Philippines	34,0	123	Trinité-et-Tobago	12,8
30	Libéria	55,2	77	Bahreïn	33,8	123	Serbie	12,8
31	Géorgie	54,8	78	Cuba	33,2	125	Thaïlande	12,3
32	Uruguay	54,1	79	Sénégal	33,0	126	Côte d'Ivoire	12,1
33	Guatemala	53,2	80	Congo	32,9	126	Azerbaïdjan	12,1
34	Iran	53,1	81	Oman	32,8	126	Comores	12,1
35	Guinée-Bissau	52,5	82	Argentine	32,7	129	Koweït	11,9
36	Ghana	52,3	83	Costa Rica	32,5	130	Turkménistan	10,9
37	Tonga	52,2	84	Sierra Leone	32,0	131	Yémen	10,3
38	Éthiopie	52,0	85	Kazakhstan	31,8	132	Tunisie	8,5
39	Bhoutan	51,4	86	Nicaragua	31,7	133	Afrique du Sud	8,3
40	Samoa	51,3	87	Îles Marshall	31,3	134	Guinée équatoriale	7,4
41	Burkina Faso	50,1	88	Honduras	31,2	135	Venezuela	7,1
42	Namibie	48,5	89	Arabie saoudite	31,0	136	Gabon	6,0
43	Maldives	47,8	90	Turquie	30,1	137	Somalie	5,3
44	RDC	47,6	91	Qatar	29,3	138	République dominicaine	4,7
45	Mongolie	47,1	92	Malaisie	29,0	139	Suriname	2,8
46	El Salvador	47,0	93	Cameroun	28,2	140	Djibouti	1,3
47	Gambie	46,8	94	Maroc	27,8	141	Tchad	0,3

Source : Auteurs, d'après UNICEF (2016b).
Note : EAU = Émirats arabes unis. ERY Macédoine = ex-République yougoslave de Macédoine. RDC = République démocratique du Congo. RDP Lao = République démocratique populaire Lao. RPD Corée = République populaire démocratique de Corée.



TABLEAU A3.7 Classement des pays par ordre croissant de prévalence du surpoids chez l'adulte

Rang	Pays	Prévalence du surpoids chez l'adulte (%)	Rang	Pays	Prévalence du surpoids chez l'adulte (%)	Rang	Pays	Prévalence du surpoids chez l'adulte (%)
1	Timor-Leste	14,5	46	Sénégal	30,2	91	Ukraine	54,2
2	Burundi	15,5	47	Mauritanie	30,3	92	Serbie	54,5
3	Afghanistan	16,2	48	Côte d'Ivoire	30,6	93	Suisse	54,7
4	Myanmar	17,6	49	Zimbabwe	30,7	94	Allemagne	54,8
4	Cambodge	17,6	50	Angola	30,9	95	Géorgie	55,2
6	Népal	18,0	51	Djibouti	31,9	95	Turkménistan	55,2
7	Bangladesh	18,1	52	Gambie	32,5	95	Finlande	55,2
8	Éthiopie	18,9	53	Singapour	32,8	95	Danemark	55,2
9	Érythrée	19,0	54	Nigéria	33,3	95	ERY Macédoine	55,2
9	RDP Lao	19,0	55	République de Corée	33,5	100	Seychelles	55,3
11	Niger	19,4	55	Cameroun	33,5	101	Arménie	55,5
12	Rwanda	19,8	57	Ghana	33,6	102	Portugal	55,6
13	RPD Corée	20,4	57	Congo	33,6	103	Monténégro	55,8
14	Viet Nam	20,6	59	Chine	34,4	104	Pays-Bas	55,9
14	RDC	20,6	60	Sao Tomé-et-Principe	34,8	104	Suède	55,9
16	Somalie	20,7	61	Lesotho	35,4	106	République dominicaine	56,3
17	République centrafricaine	21,6	62	Cap-Vert	36,9	106	St-Vincent-et-les-Grenadines	56,3
18	Mozambique	21,8	63	Haïti	38,5	108	Maroc	56,5
18	Ouganda	21,8	63	Malaisie	38,5	108	Colombie	56,5
20	Malawi	21,9	65	Swaziland	41,4	110	Estonie	56,7
21	Inde	22,0	66	Guinée équatoriale	41,7	110	El Salvador	56,7
22	Madagascar	22,8	67	Namibie	42,9	112	Belgique	56,9
23	Pakistan	23,0	68	Gabon	44,8	113	Sainte-Lucie	57,4
24	Philippines	23,6	69	Tadjikistan	44,9	114	Grenade	57,5
24	Burkina Faso	23,6	70	Maurice	45,1	115	Roumanie	57,6
26	Japon	24,2	71	République de Moldova	46,6	116	Lettonie	57,9
27	Indonésie	24,5	72	Yémen	46,8	116	Islande	57,9
28	Comores	24,6	73	Brunéi Darussalam	47,0	116	Iraq	57,9
29	Libéria	25,0	74	Kirghizistan	47,2	119	Bélarus	58,0
30	Mali	25,1	75	Botswana	48,0	119	Luxembourg	58,0
31	Sri Lanka	25,2	76	Paraguay	48,5	121	Azerbaïdjan	58,1
32	Guinée	25,5	77	Ouzbékistan	49,0	122	Pérou	58,2
33	Rép.-Unie de Tanzanie	25,6	78	Nicaragua	49,4	123	Dominique	58,4
34	Tchad	25,8	79	Mongolie	50,4	124	Rép. arabe syrienne	58,5
34	Sierra Leone	25,8	80	Honduras	51,5	124	Norvège	58,5
36	Togo	25,9	81	Bosnie-Herzégovine	51,8	124	Suriname	58,5
37	Guinée-Bissau	26,1	82	Guatemala	52,0	127	Cuba	58,6
38	Kenya	26,2	83	Bolivie	52,1	128	Fédération de Russie	58,7
39	Bhoutan	27,1	84	Albanie	52,7	129	Italie	58,8
40	Soudan	27,8	85	Guyana	52,9	129	Kazakhstan	58,8
40	Soudan du Sud	27,8	86	Autriche	53,1	129	Croatie	58,8
42	Bénin	28,9	87	Belize	53,8	132	Saint-Kitts-et-Nevis	58,9
43	Zambie	29,2	88	Afrique du Sud	53,9	133	Algérie	59,1
44	Maldives	29,6	89	Équateur	54,1	133	Bulgarie	59,1
45	Thaïlande	29,7	89	Brésil	54,1	133	Jamaïque	59,1

Source : Auteurs, d'après l'OMS (2015a).

À suivre

En mauvaise voie

Tableau A3.7 Suite

Rang	Pays	Prévalence du surpoids chez l'adulte (%)	Rang	Pays	Prévalence du surpoids chez l'adulte (%)	Rang	Pays	Prévalence du surpoids chez l'adulte (%)
136	Hongrie	59,6	154	Panama	62,2	173	Vanuatu	67,9
137	Lituanie	60,1	155	Barbade	62,3	174	Libye	68,7
138	Îles Salomon	60,2	155	Venezuela	62,3	174	Liban	68,7
139	Irlande	60,3	155	Iran	62,3	176	Micronésie	68,9
139	Chypre	60,3	158	Tunisie	62,9	177	Bahamas	69,0
141	Costa Rica	60,4	159	Chili	63,1	178	Arabie saoudite	69,6
142	Grèce	60,5	160	Royaume-Uni	63,4	179	Fidji	71,2
143	Slovénie	60,6	160	République tchèque	63,4	180	Bahreïn	71,7
144	Papouasie-Nouvelle-Guinée	60,7	162	Israël	63,5	181	Kiribati	73,1
144	France	60,7	163	Malte	64,0	182	Tuvalu	73,2
146	Espagne	60,9	163	Nouvelle-Zélande	64,0	183	Émirats arabes unis	74,0
147	Slovaquie	61,0	163	Australie	64,0	184	Samoa	74,3
148	Pologne	61,1	166	Mexique	64,4	185	Tonga	74,8
149	Trinité-et-Tobago	61,4	166	Canada	64,4	186	Koweït	75,4
150	Uruguay	61,7	168	Jordanie	65,9	187	Îles Marshall	75,8
150	Argentine	61,7	169	Turquie	66,3	188	Nauru	77,8
152	Antigua-et-Barbuda	61,9	170	Andorre	66,9	189	Qatar	78,1
153	Égypte	62,0	171	États-Unis	67,3	190	Palaos	79,3
154	Panama	62,2	172	Oman	67,4			

Source : Auteurs, d'après l'OMS (2015a).

Note : ERY Macédoine = ex-République yougoslave de Macédoine. RDC = République démocratique du Congo. RDP Lao = République démocratique populaire Lao. RPD Corée = République populaire démocratique de Corée.

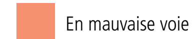

En mauvaise voie

TABLEAU A3.8 Classement des pays par ordre croissant de prévalence de l'obésité chez l'adulte

Rang	Pays	Prévalence de l'obésité chez l'adulte (%)	Rang	Pays	Prévalence de l'obésité chez l'adulte (%)	Rang	Pays	Prévalence de l'obésité chez l'adulte (%)
1	Timor-Leste	2,2	46	Thaïlande	8,5	91	Pays-Bas	19,8
2	RPD Corée	2,4	47	Zambie	8,9	92	Monténégro	20,0
3	Burundi	2,6	48	Côte d'Ivoire	9,2	92	Brésil	20,0
4	Afghanistan	2,9	49	Bénin	9,3	94	Turkménistan	20,1
4	Myanmar	2,9	50	Djibouti	9,6	94	Ukraine	20,1
6	Cambodge	3,2	51	Mauritanie	9,7	94	Allemagne	20,1
7	Japon	3,3	52	Sénégal	9,8	94	Portugal	20,1
7	Népal	3,3	53	Angola	10,2	98	Belgique	20,2
9	RDP Lao	3,5	54	Zimbabwe	10,5	99	Suède	20,5
10	Viet Nam	3,6	55	Gambie	10,9	100	Finlande	20,6
10	Bangladesh	3,6	56	Nigéria	11,0	101	Géorgie	20,8
12	Éthiopie	4,0	56	Congo	11,0	102	Italie	21,0
12	Rwanda	4,0	58	Cameroun	11,4	102	Colombie	21,0
14	Érythrée	4,1	59	Haïti	11,9	104	Pérou	21,1
15	Niger	4,3	60	Ghana	12,2	105	Roumanie	21,7
16	RDC	4,4	61	Sao Tomé-et-Principe	12,3	106	El Salvador	21,8
17	Somalie	4,6	62	Cap-Vert	13,0	107	Maroc	22,3
18	Inde	4,9	63	Malaisie	13,3	108	Botswana	22,4
18	Ouganda	4,9	64	Tadjikistan	13,6	109	Belize	22,5
20	Philippines	5,1	65	Lesotho	14,2	109	Azerbaïdjan	22,5
20	République centrafricaine	5,1	66	Kirghizistan	14,4	111	Estonie	22,6
22	Mozambique	5,3	67	République de Moldova	14,9	112	Islande	22,8
22	Malawi	5,3	68	Ouzbékistan	15,5	113	Grèce	22,9
24	Madagascar	5,4	69	Paraguay	16,3	113	Guyana	22,9
24	Pakistan	5,4	70	Mongolie	16,7	115	Norvège	23,1
26	Indonésie	5,7	71	Nicaragua	17,1	115	Luxembourg	23,1
27	République de Corée	5,8	71	Bolivie	17,1	117	Bulgarie	23,2
28	Singapour	6,2	73	Yémen	17,2	118	Croatie	23,3
29	Burkina Faso	6,3	74	Guinée équatoriale	17,5	119	Bélarus	23,4
30	Sri Lanka	6,5	75	Albanie	17,6	119	Kazakhstan	23,4
31	Libéria	6,6	75	Gabon	17,6	121	Rép. arabe syrienne	23,5
31	Comores	6,6	77	Swaziland	17,7	122	Espagne	23,7
33	Bhoutan	6,7	78	Maurice	17,9	122	Lettonie	23,7
34	Guinée	6,8	78	Bosnie-Herzégovine	17,9	124	Iraq	23,8
34	Mali	6,8	80	Brunéi Darussalam	18,1	124	Chypre	23,8
36	Chine	6,9	81	Honduras	18,2	126	République dominicaine	23,9
37	Kenya	7,0	82	Autriche	18,4	126	France	23,9
38	Rép.-Unie de Tanzanie	7,1	83	Guatemala	18,6	128	Hongrie	24,0
39	Guinée-Bissau	7,2	84	Équateur	18,7	129	Fédération de Russie	24,1
40	Soudan	7,5	85	Namibie	18,9	130	Costa Rica	24,3
40	Soudan du Sud	7,5	86	Danemark	19,3	130	St-Vincent-et-les-Grenadines	24,3
40	Togo	7,5	87	Suisse	19,4	132	Venezuela	24,8
43	Sierra Leone	7,6	88	Serbie	19,5	132	Algérie	24,8
44	Maldives	7,9	88	Arménie	19,5	134	Slovénie	25,1
45	Tchad	8,1	90	ERY Macédoine	19,6	135	Cuba	25,2

Source : Auteurs, d'après l'OMS (2015a).

À suivre

En mauvaise voie

Tableau A3.8 Suite

Rang	Pays	Prévalence de l'obésité chez l'adulte (%)		Rang	Pays	Prévalence de l'obésité chez l'adulte (%)		Rang	Pays	Prévalence de l'obésité chez l'adulte (%)
135	Pologne	25,2		155	Îles Salomon	27,7		173	Libye	33,1
137	Israël	25,3		156	Chili	27,8		174	États-Unis	33,7
138	Irlande	25,6		157	Papouasie-Nouvelle-Guinée	27,9		175	Arabie saoudite	34,7
139	Slovaquie	25,7		158	Canada	28,0		176	Bahreïn	35,1
140	Dominique	25,8		159	Mexique	28,1		177	Vanuatu	35,4
141	Lituanie	25,9		159	Royaume-Uni	28,1		178	Bahamas	36,2
142	Iran	26,1		161	Saint-Kitts-et-Nevis	28,3		179	Fidji	36,4
142	Suriname	26,1		162	Australie	28,6		180	Émirats arabes unis	37,2
144	Grenade	26,2		163	Égypte	28,9		180	Micronésie	37,2
145	Seychelles	26,3		164	Nouvelle-Zélande	29,2		182	Koweït	39,7
145	Argentine	26,3		165	Andorre	29,5		183	Tuvalu	40,3
147	Malte	26,6		165	Turquie	29,5		184	Kiribati	40,6
148	Uruguay	26,7		167	Jordanie	30,5		185	Qatar	42,3
149	Afrique du Sud	26,8		168	Antigua-et-Barbuda	30,9		186	Îles Marshall	42,8
149	République tchèque	26,8		168	Oman	30,9		187	Tonga	43,3
149	Panama	26,8		170	Trinité-et-Tobago	31,1		188	Samoa	43,4
152	Sainte-Lucie	26,9		171	Barbade	31,3		189	Nauru	45,6
153	Tunisie	27,1		172	Liban	31,9		190	Palaos	47,6
154	Jamaïque	27,2								

Source : Auteurs, d'après l'OMS (2015a).

Note : ERY Macédoine = ex-République yougoslave de Macédoine. RDC = République démocratique du Congo. RDP Lao = République démocratique populaire Lao. RPD Corée = République populaire démocratique de Corée.

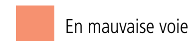

En mauvaise voie

TABLEAU A3.9 Classement des pays par ordre croissant de prévalence du diabète chez l'adulte

Rang	Pays	Prévalence du diabète (%)	Rang	Pays	Prévalence du diabète (%)	Rang	Pays	Prévalence du diabète (%)
1	Belgique	5,1	47	Royaume-Uni	7,8	88	Bénin	9,0
1	Burundi	5,1	47	Libéria	7,8	94	Argentine	9,1
3	Danemark	5,2	47	Croatie	7,8	94	Comores	9,1
4	Suisse	5,5	47	Brésil	7,8	94	Sao Tomé-et-Principe	9,1
5	RPD Corée	5,6	47	Mozambique	7,8	94	Sénégal	9,1
5	Pays-Bas	5,6	47	Serbie	7,8	98	Slovénie	9,3
7	Autriche	5,7	53	Nouvelle-Zélande	7,9	99	Lituanie	9,4
8	Rwanda	6,1	53	Haïti	7,9	99	Bangladesh	9,4
8	RDC	6,1	53	République de Corée	7,9	99	Népal	9,4
10	Ouganda	6,2	53	Nigéria	7,9	99	République de Moldova	9,4
10	Allemagne	6,2	57	Irlande	8,0	99	Congo	9,4
12	France	6,3	57	Guinée-Bissau	8,0	104	Chine	9,5
12	Israël	6,3	57	Albanie	8,0	104	Honduras	9,5
14	Suède	6,4	57	Sierra Leone	8,0	104	Inde	9,5
15	Viet Nam	6,5	57	Ukraine	8,0	107	Afghanistan	9,6
16	Australie	6,6	57	Estonie	8,0	107	Bosnie-Herzégovine	9,6
16	Italie	6,6	57	Malawi	8,0	109	Mauritanie	9,7
16	Islande	6,6	57	Hongrie	8,0	109	Sri Lanka	9,7
19	Finlande	6,7	65	République tchèque	8,1	109	Thaïlande	9,7
19	Norvège	6,7	66	Chypre	8,2	112	Cap-Vert	9,8
19	Érythrée	6,7	66	Cambodge	8,2	113	Tchad	9,9
22	Somalie	6,8	66	Équateur	8,2	113	Gambie	9,9
22	Madagascar	6,8	66	Burkina Faso	8,2	113	Dominique	9,9
24	Luxembourg	6,9	66	Pérou	8,2	116	Chili	10,0
24	Zimbabwe	6,9	71	Ghana	8,3	116	République dominicaine	10,0
26	Monténégro	7,0	71	Togo	8,3	116	Soudan du Sud	10,0
27	Grèce	7,1	71	Zambie	8,3	116	Nicaragua	10,0
27	Canada	7,1	71	République centrafricaine.	8,3	116	Soudan	10,0
27	Myanmar	7,1	75	États-Unis	8,4	121	Panama	10,4
30	Portugal	7,2	75	Andorre	8,4	121	Namibie	10,4
31	Malte	7,3	75	Bulgarie	8,4	121	Maldives	10,4
31	Philippines	7,3	78	Colombie	8,5	124	El Salvador	10,5
31	Roumanie	7,3	78	Singapour	8,5	124	Lesotho	10,5
34	Éthiopie	7,4	80	Mali	8,6	124	Guatemala	10,5
34	Paraguay	7,4	80	RDP Lao	8,6	127	St-Vincent-et-les-Grenadines	10,6
34	Timor-Leste	7,4	82	Indonésie	8,7	128	Mexique	10,7
37	Espagne	7,5	82	Djibouti	8,7	129	Pakistan	10,8
37	Japon	7,5	84	Bélarus	8,8	130	Kirghizistan	11,1
37	Guinée	7,5	84	Cuba	8,8	130	Malaisie	11,1
37	Niger	7,5	86	Pologne	8,9	132	Mongolie	11,5
41	République-Unie de Tanzanie	7,6	86	Slovaquie	8,9	132	Arménie	11,5
41	Lettonie	7,6	88	Cameroun	9,0	132	Jamaïque	11,5
41	Bolivie	7,6	88	Venezuela	9,0	135	Brunéi Darussalam	11,6
41	Kenya	7,6	88	Fédération de Russie	9,0	136	Guyana	11,8
45	Côte d'Ivoire	7,7	88	Costa Rica	9,0	137	Grenade	11,9
45	ERY Macédoine	7,7	88	Uruguay	9,0	137	Botswana	11,9

Source : Auteurs, d'après l'OMS (2015a).

À suivre



Tableau A3.9 Suite

Rang	Pays	Prévalence du diabète (%)	Rang	Pays	Prévalence du diabète (%)	Rang	Pays	Prévalence du diabète (%)
137	Maurice	11,9	157	Rép. arabe syrienne	13,9	174	Libye	17,0
140	Ouzbékistan	12,0	157	Géorgie	13,9	175	Bahreïn	17,3
140	Suriname	12,0	159	Algérie	14,2	176	Fidji	17,7
140	Gabon	12,0	160	Jordanie	14,9	177	Arabie saoudite	18,3
143	Tadjikistan	12,1	160	Seychelles	14,9	178	Émirats arabes unis	18,6
143	Angola	12,1	162	Barbade	15,0	179	Égypte	18,9
145	Iran	12,2	162	Azerbaïdjan	15,0	180	Vanuatu	19,0
146	Bhoutan	12,4	164	Turkménistan	15,1	181	Îles Marshall	19,9
146	Belize	12,4	165	Sainte-Lucie	15,2	182	Koweït	20,1
148	Liban	12,6	166	Yémen	15,5	183	Tuvalu	20,5
149	Swaziland	12,7	167	Guinée équatoriale	15,8	184	Kiribati	21,4
150	Bahamas	12,8	168	Saint-Kitts-et-Nevis	15,9	185	Micronésie	22,5
151	Afrique du Sud	12,9	168	Papouasie-Nouvelle-Guinée	15,9	186	Palaos	23,0
152	Kazakhstan	13,2	170	Oman	16,4	186	Qatar	23,0
153	Tunisie	13,3	171	Îles Salomon	16,8	188	Nauru	24,5
154	Turquie	13,4	171	Trinité-et-Tobago	16,8	189	Samoa	25,2
155	Maroc	13,5	171	Iraq	16,8	190	Tonga	26,0
156	Antigua-et-Barbuda	13,7						

Source : Auteurs, d'après l'OMS (2015a).

Note : La prévalence du diabète est fondée sur un taux de glycémie élevé. ERY Macédoine = ex-République yougoslave de Macédoine. RDC = République démocratique du Congo. RDP Lao = République démocratique populaire Lao. RPD Corée = République populaire démocratique de Corée.



ANNEXE 4 MÉTHODOLOGIE D'ANALYSE DES CIBLES SMART

CHIZURU NISHIDA ET KAIA ENGESVEEN, ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

SOURCES DE DONNÉES

Depuis la Conférence internationale sur la nutrition de 1992, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) surveille les avancées des pays quant à l'élaboration et la mise en œuvre de politiques, stratégies et plans d'action nationaux en matière de nutrition. Ce suivi de l'élaboration de politiques et de la mise en œuvre d'actions par les pays a été entrepris au moyen de la Base de données mondiale sur la mise en œuvre des actions en faveur de la nutrition (*Global Database on the Implementation of Nutrition Action* - GINA) de l'OMS, ainsi que d'examens périodiques à l'échelle mondiale et régionale, dont les examens mondiaux des politiques en matière de nutrition[1]. La présente analyse repose sur un examen des politiques, stratégies et plan nationaux compilés par l'OMS dans le cadre de ces processus et publiés entre 2005 et 2015.

Les documents consultés comprenaient des documents politiques exhaustifs en matière de nutrition ainsi que des plans du secteur de la santé ou d'autres plans nationaux comportant des cibles en matière de nutrition. Par ailleurs, des documents ont été extraits d'autres bases de données de l'OMS (par exemple, la Base de données de cycles de planification nationaux [OMS 2016a] et la Base de données MiNDbank [OMS 2016r]) ou de bases de données de partenaires comme FAOLEX (FAO 2016b). Une analyse plus approfondie sera entreprise dans le cadre du deuxième examen mondial des politiques en matière de nutrition, qui aura lieu en 2016.

CRITÈRES D'INCLUSION

Nous avons examiné les buts, les objectifs et les sections des cadres de suivi et évaluation dans chacun des documents politiques et stratégiques afin d'établir si les politiques nationales comprennent des cibles et des indicateurs correspondant aux indicateurs cibles pour la nutrition maternelle et infantile de l'Assemblée mondiale de la santé (AMS), en fonction des critères suivants :

- **Retard de croissance :** Comprend des cibles et des indicateurs sur le retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans et les sous-groupes dans ce groupe d'âge (par exemple, de 6 à 59 mois, de 0 à 2 ans, ou de 0 à 3 ans).
- **Anémie :** Comprend des cibles et des indicateurs sur l'anémie chez les femmes enceintes ou celles qui ne le sont pas. Exclut les indicateurs liés à l'anémie falciforme.
- **Faible poids à la naissance :** Comprend des cibles et des indicateurs relatifs aux taux de bébés de faible poids à la naissance (moins de 2 500 g). Exclut les cibles relatives à la mortalité ou la morbidité chez les nourrissons de faible poids à la naissance.
- **Enfants en surpoids :** Comprend des cibles et des indicateurs sur le surpoids chez les enfants de moins de 5 ans. Exclut les cibles relatives aux enfants d'âge scolaire ou à l'ensemble de la population. Exclut les cibles portant uniquement sur l'obésité infantile.
- **Allaitement maternel exclusif :** Comprend des cibles et des indicateurs sur l'allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois de vie. Exclut les cibles relatives à l'allaitement maternel exclusif pendant des périodes d'allaitement plus courtes (moins de 6 mois) et les cibles relatives à la protection, la promotion ou le soutien de l'allaitement maternel.
- **Émaciation :** Comprend des cibles et des indicateurs sur l'émaciation ou la malnutrition aiguë modérée. Exclut les cibles relatives au dépistage ou au traitement, ainsi qu'à la malnutrition aiguë sévère.

ÉVALUATION DU CARACTÈRE SMART DES CIBLES

Les critères suivants ont été utilisés pour évaluer si les cibles figurant dans les documents politiques et stratégiques répondaient aux exigences des principes SMART (c'est-à-dire spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes et limitées dans le temps) :

- **Spécifique :** Le caractère spécifique des cibles a été évalué en fonction de leur alignement sur les indicateurs des cibles mondiales figurant dans le Cadre mondial de suivi de l'OMS.
- **Mesurable :** La mesurabilité des cibles a été évaluée en fonction de la présence d'une valeur de référence et d'une valeur finale (même s'il fallait parfois effectuer des recherches plus poussées dans les enquêtes démographiques et de santé ou d'autres bases de données pour trouver la valeur de référence). Il convient également de noter que l'année de référence a été fixée à l'année de l'enquête de référence, et non pas à l'année d'entrée en vigueur de la politique. Lorsque l'enquête de référence s'étendait sur deux ans, l'année la plus récente était utilisée. Le critère de la présence d'une valeur de référence n'a pas été appliqué à la cible pour l'émaciation.

- **Atteignable :** La présente analyse n'a pas utilisé l'atteignabilité comme critère d'inclusion. Il est possible d'évaluer l'atteignabilité en partie en comparant les cibles des politiques avec le taux actuel de réduction annuel moyen calculé par l'outil de suivi des cibles mondiales de nutrition. Toutefois, une véritable évaluation de l'atteignabilité devrait tenir compte de la disponibilité de ressources et de capacités humaines et financières pour la nutrition dans chaque pays, ce qui dépasse la portée du présent examen sur dossier.
- **Réaliste :** Les cibles des politiques qui se rapportent aux cibles mondiales sont considérées comme réalistes et pertinentes, car ces dernières ont été fixées par l'AMS et que, par conséquent, tous les États membres se sont engagés à les atteindre.
- **Limité dans le temps :** L'analyse a évalué si chacune des cibles des politiques incluses indiquait clairement un échéancier précis.

ANNEXE 5 PRISE D'ENGAGEMENTS SMART EN FAVEUR DE LA NUTRITION : NOTE D'ORIENTATION

JESSICA FANZO, CORINNA HAWKES ET KATHERINE ROSETTIE

CONTEXTE

Étant donné l'accumulation de preuves indiquant que la malnutrition est un grave problème mondial aux conséquences dévastatrices, les gouvernements, bailleurs de fonds et professionnels du développement adoptent de plus en plus de cibles et objectifs en vue d'améliorer la nutrition des populations.

- Les gouvernements du monde entier ont établi des cibles nationales de nutrition fondées sur le Plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), les six cibles mondiales à l'horizon 2025, et les neuf cibles mondiales sur les maladies non transmissibles (MNT), toutes adoptées par l'Assemblée mondiale de la santé (AMS).
- En novembre 2014, à l'occasion de la Deuxième Conférence internationale sur la nutrition (CIN2), les gouvernements se sont engagés à éradiquer la faim et la malnutrition sous toutes ses formes.
- Les Objectifs de développement durable (ODD), adoptés en 2015, comprennent une cible visant à éradiquer la malnutrition sous toutes ses formes d'ici 2030.
- Les projets sont bien avancés pour organiser un éventuel sommet phare en faveur de la nutrition pour la croissance (N4G), à Rio de Janeiro, en 2016, et pour la formulation d'un pacte robuste pour la nutrition.

Pour atteindre ces objectifs, il convient de convertir les cibles mondiales et nationales en autant d'actions et engagements clairs sur lesquels les gouvernements peuvent être tenus de rendre compte. Voyons quels types d'engagements respecteront cette norme.

Le *Rapport sur la nutrition mondiale*, un mécanisme de redevabilité indépendant pour les avancées et les actions en matière de nutrition, invite tous les acteurs à prendre des engagements SMART en faveur de la nutrition – c'est-à-dire des engagements qui sont spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes et limités dans le temps.

Plus précisément, nous invitons les gouvernements à prendre des engagements SMART afin d'atteindre les cibles nationales de nutrition et de mettre en Rang des systèmes de suivi qui leur permettront, à eux comme à d'autres, d'évaluer les progrès en ce sens. Nous demandons aussi à tous les acteurs – gouvernements, agences internationales, agences bilatérales, organisations de la société civile et entreprises – de réviser ou d'étendre leurs engagements SMART et ambitieux dans la perspective du processus du Sommet N4G de Rio, prévu en 2016. Les acteurs dans d'autres secteurs devraient aussi préciser, selon les principes SMART, en quoi les engagements dans leurs propres secteurs peuvent aider à faire progresser la nutrition.

Tous les engagements devraient contribuer à atteindre les cibles de nutrition de 2025, ainsi que les cibles relatives aux MNT adoptées par l'AMS et, dans la droite ligne des ODD, tendre vers l'élimination de la malnutrition sous toutes ses formes d'ici 2030. Les engagements à l'action en faveur de la nutrition devraient tenir compte des nombreuses formes de malnutrition et s'aligner sur la Déclaration de Rome sur la nutrition rédigée lors de la CIN2, ainsi que sur son Cadre d'action.

Les engagements SMART faciliteront le suivi des progrès à l'échelle nationale et mondiale. Compte tenu des nombreuses initiatives entreprises par les pays à différents niveaux, les engagements SMART peuvent aussi aider à éviter le dédoublement des efforts et à faciliter l'harmonisation de différents processus (tels que les ODD, la CIN2 et l'AMS). Les engagements SMART permettront de fixer l'attention, le consensus et une forme de clarté autour des questions clés relatives à la nutrition.

Comment les acteurs peuvent-ils formuler des engagements SMART, et à quoi ressemblent ces engagements dans la pratique ? Pour répondre à ces questions, le *Rapport sur la nutrition mondiale* a établi les lignes directrices suivantes[1]

QU'EST-CE QU'UN ENGAGEMENT SMART ?

Un engagement SMART[2] est :

- **S** = spécifique
- **M** = mesurable
- **A** = atteignable
- **R** = réaliste
- **T** = limité dans le temps

Spécifique : Chaque engagement devrait préciser une action spécifique et indiquer qui est responsable de l'accomplir. L'action doit être compatible avec les priorités nationales et répondre aux besoins et au contexte du pays.

Mesurable : Chaque pays devrait préciser dès le départ les indicateurs à utiliser pour mesurer les progrès par rapport aux engagements, en tenant compte des cadres d'indicateurs mondiaux et en s'appuyant sur ceux-ci. Chaque pays devrait par ailleurs indiquer comment la mise en œuvre sera mesurée, notamment

son suivi par des systèmes nationaux d'information. Les pays devraient se pencher sur les ressources nécessaires pour mesurer ces indicateurs. Les indicateurs quantifiables sont toujours plus faciles à suivre et devraient indiquer la valeur de référence dans la mesure du possible et lorsque le contexte s'y prête.

Réunissez plusieurs acteurs afin d'obtenir différents points de vue sur les priorités du pays, et dégagez un consensus sur la façon dont ces priorités aideront à éliminer la malnutrition sous toutes ses formes.

Atteignable : Les engagements devraient, au minimum, concorder avec les avancées enregistrées par le passé. Ils devraient être aussi ambitieux que possible, tout en tenant compte des limites de ce que peuvent livrer dans un délai réaliste les personnes qui participent aux actions en faveur de la nutrition dans le pays.

Réaliste : Les engagements devraient refléter la situation nutritionnelle du pays et les problèmes auxquels il est confronté. Ces problèmes peuvent inclure des goulots d'étranglement dans certains secteurs, tels qu'un personnel de santé limité, et la nécessité de s'aligner sur des priorités nationales plus vastes.

Limité dans le temps : Idéalement, les engagements devraient être assortis de délais de réalisation réalistes, certains plus longs et d'autres plus courts. Dans tous les cas, les engagements devraient préciser des étapes clés à atteindre selon cet échéancier réaliste.

COMMENT COMMENCER A FORMULER DES ENGAGEMENTS SMART?[3]

- **Réunir les parties prenantes :** Réunissez plusieurs acteurs afin d'obtenir différents points de vue sur les priorités du pays, et dégagez un consensus sur la façon dont ces priorités aideront à éliminer la malnutrition sous toutes ses formes. Dans la mesure du possible, utilisez les plateformes de parties prenantes à plusieurs niveaux qui existent déjà à l'échelle du pays. Le processus de dialogue devrait être dirigé par le gouvernement et réunir un large éventail de voix, notamment les partenaires au développement, la société civile et les représentants d'autres secteurs compétents, tels que la santé, l'agriculture, l'environnement et l'éducation.
- **Analyser les obstacles :** Identifiez les avancées, passées et actuelles, enregistrées par le pays, ainsi que les obstacles aux progrès en matière de nutrition, et explorez les expériences probantes sur la façon de surmonter ces obstacles. Tirez des enseignements d'autres pays présentant des contextes semblables quant à la façon dont ils ont honoré certains engagements.
- **Établir un équilibre entre les priorités nationales et sectorielles : E**xplorez les priorités nationales actuelles en matière de lutte contre la malnutrition susceptibles d'être adoptées par les secteurs essentiels à la nutrition (telles la santé, l'agriculture et la protection sociale), mais tenez également compte des priorités émergentes et des cibles ambitieuses. Par exemple, si les anciennes priorités visaient à renforcer les capacités institutionnelles et que le nouvel obstacle identifié est le développement des ressources humaines pour la nutrition, alors la création de capacités à plus long terme pour la nutrition représente un bon compromis.
- **Établir des liens avec des initiatives mondiales :** Profitez de l'occasion qu'offrent les ODD et les cibles de l'AMS pour définir des priorités et établir un lien entre les activités nationales et les consultations sur le Programme pour 2030. Harmonisez vos engagements avec le Cadre d'action de la CIN2.
- **S'aligner sur les processus régionaux :** Tournez-vous vers les processus régionaux qui viendront compléter les engagements existants de votre pays, tel le processus du Programme détaillé pour le développement de l'agriculture africaine (PDDAA).
- **Formuler des engagements de départ :** Veillez à suivre les engagements d'une manière crédible et transparente, mais évitez de compliquer les choses. Établissez un nombre limité de cibles pour commencer, puis ajoutez-en d'autres lorsque vous le pourrez. Mieux vaut commencer lentement que ne pas commencer du tout.

A QUOI RESSEMBLENT LES ENGAGEMENTS SMART ?

Les énoncés suivants sont des exemples d'engagements qui obéissent aux principes SMART, et leur explication.

ENGAGEMENT 1 : Réduire de 35 % en 2015 à 20 % d'ici 2030 le retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans, sous la direction des ministères de la Santé et de l'Agriculture.

Spécifique	Mesurable	Atteignable	Réaliste	Limité dans le temps
Oui : Le « qui » et l'action sont indiqués.	Oui : La valeur de référence du retard de croissance est précisée, et il est possible de suivre le retard de croissance pour voir s'il diminue au cours des 15 prochaines années.	Oui : L'outil de suivi de l'OMS montre que d'autres pays ont réussi à réduire le retard de croissance à ce rythme.	Oui : Le retard de croissance est un problème important pour ce pays, puisque 35 % des enfants de moins de 5 ans en souffrent.	Oui : Un échéancier concret est fourni.

Il s'agit d'un engagement SMART, car il indique qui dirigera l'engagement et quelle action sera prise dans quels délais. Il indique aussi une valeur de référence et un objectif final que l'on peut mesurer.

ENGAGEMENT 2 : Augmenter de 50 000 dollars à 500 000 dollars, entre janvier 2016 et décembre 2020, le budget du secteur public à l'échelle des districts pour les programmes gouvernementaux de lutte contre le paludisme, de supplémentation en fer et en acide folique, et d'enrichissement alimentaire dans les districts nord, est et sud.

Spécifique	Mesurable	Atteignable	Réaliste	Limité dans le temps
Oui : Le « qui » et l'action sont indiqués.	Oui : La valeur de référence du financement est indiquée, et il est possible de suivre le financement pour voir si le budget décuple au cours des quatre années.	Oui : D'autres pays ont montré qu'il est possible de mettre en Rang une stratégie à volets multiples de lutte contre l'anémie ferriprive.	Oui : L'anémie et la carence en fer sont des problèmes importants.	Oui : Un échéancier concret est fourni.

Il s'agit d'un engagement SMART, car il indique qui dirigera l'engagement et quelle action sera prise dans quels délais. Il fournit une valeur de référence et un objectif final qu'il est possible de mesurer, il correspond bien aux besoins du pays et s'appuie sur des preuves concrètes de ce qui fonctionne.

ENGAGEMENT 3 : D'ici décembre 2016, le ministère de la Santé, de concert avec le ministère des Finances et les administrations locales, élaborera une stratégie de réduction de la consommation de sel d'ici 2020, en augmentant de 0 % à 75 % l'étiquetage de la teneur en sel dans les chaînes de restaurant.

Spécifique	Mesurable	Atteignable	Réaliste	Limité dans le temps
Oui : Le « qui » et l'action sont indiqués.	Oui : L'objectif (pourcentage d'étiquetage dans les restaurants) est énoncé clairement et est mesurable.	Oui : D'autres pays ou villes ont montré qu'il est possible de mettre en Rang des stratégies de réduction de la consommation de sel, notamment l'étiquetage.	Oui : La consommation de sel et sa contribution à l'hypertension sont à la hausse et constituent un grave problème de santé publique. L'étiquetage est une solution possible pour éduquer le public.	Oui : La stratégie et l'étiquetage ont tous deux des échéanciers clairs.

Cet engagement répond aux cinq critères SMART. Il s'agit d'un engagement visant à lutter contre la « suralimentation », que les pays devraient commencer à envisager afin de lutter contre les MNT.

ENGAGEMENT 4 : Les ministères des Ressources en eau et de la Santé réunis réduiront de 30 % à l'heure actuelle à 0 % d'ici 2020 la défécation en plein air à l'échelle nationale, et étendront de 20 % à l'heure actuelle à 100 % d'ici 2030 la couverture de services standard minimum d'eau, assainissement et hygiène (WASH).

Spécifique	Mesurable	Atteignable	Réaliste	Limité dans le temps
Oui : Le « qui » et l'action sont indiqués.	Oui : Les niveaux actuels du résultat et de la couverture sont indiqués, ainsi que les objectifs, l'hypothèse étant que ces éléments sont mesurés régulièrement.	Oui : L'échéancier est assez réaliste.	Oui : La défécation en plein air est un facteur déterminant du retard de croissance, et le programme WASH joue un rôle important dans la réduction de la malnutrition.	Oui : Les objectifs sont limités dans le temps.

Il s'agit d'un exemple d'engagement favorisant la nutrition qui répond directement à tous les critères SMART. Vous remarquerez que les valeurs de référence de la défécation en plein air et de la couverture du programme WASH sont indiquées afin de permettre de les mesurer au fil du temps.

A QUOI RESSEMBLENT LES ENGAGEMENTS QUI N'OBÉISSENT PAS AUX PRINCIPES SMART ?

ENGAGEMENT 1 : Réduire le retard de croissance au cours des 10 prochaines années.

Spécifique	Mesurable	Atteignable	Réaliste	Limité dans le temps
Non : Le « qui » n'est pas indiqué, et il n'y a pas d'indications spécifiques sur le comment.	En partie : En supposant qu'il y a une valeur de référence, toute réduction peut être mesurée, mais l'engagement gagnerait à avoir une cible spécifique.	Oui : Il a été démontré qu'un pays peut parvenir à réduire le retard de croissance.	Oui : On suppose que le retard de croissance est un problème important pour ce pays.	Non : Il faudrait songer à ajouter une date ou un échéancier.

Même si cet engagement essaie de s'attaquer au grave problème de nutrition qu'est le retard de croissance, il n'indique pas d'action spécifique pour remédier au problème, l'identité de ceux qui mèneront l'action, ni de délai, et il n'offre aucun indicateur de mesure.

ENGAGEMENT 2 : Favoriser une alimentation saine chez les enfants et les jeunes.

Spécifique	Mesurable	Atteignable	Réaliste	Limité dans le temps
Non : Le « qui » n'est pas indiqué, et il n'y a pas d'action spécifique.	En partie : En supposant qu'il y a une valeur de référence, toute amélioration pourrait être mesurée, mais l'engagement gagnerait à avoir des cibles spécifiques.	En partie : Des interventions ont montré qu'il était possible d'augmenter ou de réduire la consommation d'aliments précis, mais pas de changer l'ensemble de l'alimentation à l'échelle nationale.	Oui : La mauvaise alimentation est un problème important dans tous les pays.	Non : Il faudrait songer à ajouter une date ou un échéancier.

Même si cet engagement porte sur un problème réel, il n'indique pas d'action spécifique pour remédier au problème, l'identité de ceux qui mèneraient l'action, ni de délai, et il n'offre aucun indicateur de mesure.

ENGAGEMENT 3 : Le ministère de l'Agriculture organisera une plateforme de bailleurs de fonds sur les innovations dans le secteur alimentaire à l'intention de tous les partenaires du secteur.

Spécifique	Mesurable	Atteignable	Réaliste	Limité dans le temps
Non : L'engagement indique « qui » organisera la plateforme, mais n'est pas spécifique quant à l'identité des bailleurs de fonds et des partenaires du secteur. L'action manque aussi de clarté, car elle n'indique pas de quelles innovations il serait question.	En partie : La façon dont l' « organisation de la plateforme » est mesurée et dont les « partenaires du secteur » sont définis à des fins de mesure n'est pas claire.	En quelque sorte : D'autres pays ont établi des plateformes de bailleurs de fonds qui réunissent des parties prenantes afin de régler des problèmes dans l'ensemble du secteur alimentaire.	Pas nécessairement : C'est une chose que d'organiser une plateforme, mais ses interventions et son impact en sont une autre. Les enjeux que la plateforme s'efforce d'aborder n'apparaissent pas clairement. L'engagement n'indique pas quel problème la plateforme tente de résoudre.	Non : Il faudrait songer à ajouter une date ou un échéancier.

Cet engagement est important, car il permettrait de réunir des parties prenantes afin de prendre en compte la nature multisectorielle du système alimentaire en ce qui concerne la nutrition, mais il n'est pas spécifique, mesurable, réaliste, ni limité dans le temps.

ENGAGEMENT 4 : Augmenter de 80 % d'ici 2017 et de 100 % d'ici 2020 la couverture de la supplémentation en vitamine A pour les enfants de 6 à 59 mois, sous la direction du ministère de la Santé.

Spécifique	Mesurable	Atteignable	Réaliste	Limité dans le temps
Oui : Le « qui » et l'action sont indiqués.	En quelque sorte : En supposant que la couverture de la supplémentation en vitamine A est mesurée dans le pays, la valeur de référence sur laquelle se baser pour atteindre des augmentations respectives de 80 % et de 100 % n'est pas clairement indiquée. S'il s'agissait d'arriver à 80 % ou à 100 %, l'objectif serait plus facile à mesurer.	En quelque sorte : Certains pays ont réussi à mettre en Rang une couverture universelle, mais il est difficile de juger si l'engagement est atteignable sans connaître le niveau de couverture actuel du pays. La couverture est-elle de 10 %, par exemple, ou de 75 % ?	Oui : La carence en vitamine A est un problème important.	Oui : Des échéanciers à court et à long terme sont indiqués.

Cet engagement répond presque à tous les critères, mais pas tout à fait, car la mesurabilité n'est pas claire. Sans valeur de référence, il est difficile d'évaluer les objectifs de 80 % et 100 % au fil du temps. Il est impossible d'évaluer si l'engagement est atteignable sans connaître la valeur de référence de la couverture.

ANNEXE 6 VECTEURS SOUS-JACENTS DE LA NUTRITION

TABLEAU A6.1 Valeurs seuils des vecteurs sous-jacents pour l'atteinte d'un taux de retard de croissance inférieur à 15 %

Pays	Prévalence du retard de croissance (%)	Apport calorique total dans l'alimentation (kcal par jour et par personne)	Calories provenant d'aliments autres que les denrées de base (%)	Accès à l'eau courante (%)	Accès à des installations sanitaires améliorées (%)	Taux d'inscription des filles au secondaire[a] (%)	Rapport entre l'espérance de vie des femmes et des hommes
Afrique du Sud	23,9	3 180	47	73	66	114,44	1,07
Albanie	23,1	3 000	59	82	93	80,33	1,08
Algérie	11,7	3 430	42	77	88	99,55	1,05
Angola	29,2	2 250	40	15	52	24,80	1,06
Argentine	8,2	2 920	64	98	96	111,92	1,10
Arménie	20,8	2 930	56	99	89	104,09	1,09
Azerbaïdjan	18,0	3 160	35	66	89	99,53	1,09
Bangladesh	36,1	2 470	19	12	61	57,19	1,02
Barbade	7,7	3 020	69	98	96	111,02	1,07
Bélarus	4,5	3 510	62	91	94	103,3	1,16
Belize	19,3	2 770	60	81	91	88,73	1,09
Bénin	34,0	2 890	29	18	20	42,93	1,05
Bolivie	18,1	2 310	48	84	50	80,10	1,07
Botswana	31,4	2 300	51	74	63	84,28	0,97
Brésil	7,1	3 260	66	94	83	110,64	1,10
Burkina Faso	32,9	2 630	34	8	20	25,98	1,02
Cambodge	32,4	2 530	28	21	42	41,34	1,08
Cameroun	32,6	2 550	46	17	46	46,44	1,04
Chili	1,8	2 960	56	99	99	90,59	1,07
Chine	9,4	3 040	48	73	76	89,98	1,03
Colombie	12,7	2 810	65	88	81	96,64	1,10
Congo	25,0	2 170	39	25	15	49,84	1,05
Costa Rica	5,6	2 710	66	97	95	112,81	1,06
Côte d'Ivoire	29,6	2 670	33	43	22	31,53	1,03
Djibouti	33,5	2 510	45	53	47	42,69	1,05
Égypte	22,3	3 430	35	99	95	85,46	1,07
El Salvador	14,0	2 580	52	78	75	70,53	1,14
Équateur	25,2	2 350	67	85	85	105,75	1,08
États-Unis	2,1	3 700	75	99	100	93,86	1,06
Éthiopie	40,4	2 240	23	12	28	22,30	1,05
Ex-République yougoslave de Macédoine	4,9	2 960	63	92	91	82,43	1,06
Gabon	17,5	2 760	49	65	42	45,27	1,03
Gambie	24,5	2 500	37	33	59	55,97	1,05
Ghana	18,8	3 220	35	19	15	64,94	1,03
Guatemala	48,0	2 240	53	85	64	62,51	1,10
Guinée	31,3	2 670	37	14	20	29,41	1,03

À suivre

Tableau A6.1 Suite

Pays	Prévalence du retard de croissance (%)	Apport calorique total dans l'alimentation (kcal par jour et par personne)	Calories provenant d'aliments autres que les denrées de base (%)	Accès à l'eau courante (%)	Accès à des installations sanitaires améliorées (%)	Taux d'inscription des filles au secondaire[a] (%)	Rapport entre l'espérance de vie des femmes et des hommes
Guinée-Bissau	27,6	2 700	35	6	21	12,64	1,06
Guyana	12,0	3 050	50	67	84	108,74	1,08
Honduras	22,7	2 890	54	90	83	78,02	1,07
Îles Salomon	32,8	2 430	33	26	30	47,01	1,04
Inde	38,7	2 390	40	28	40	66,29	1,05
Indonésie	36,4	2 820	30	22	61	83,89	1,06
Iraq	22,6	2 360	37	75	86	45,9	1,11
Iran	6,8	3 230	47	92	90	83,44	1,05
Jamaïque	5,7	2 750	61	72	82	79,27	1,07
Japon	7,1	2 700	59	98	100	102,01	1,08
Jordanie	7,8	3 040	51	91	99	89,05	1,05
Kazakhstan	13,1	3 390	61	61	98	96,09	1,14
Kenya	26,0	2 180	44	22	30	64,50	1,06
Kirghizistan	12,9	2 910	46	58	93	87,99	1,12
Lesotho	33,2	2 440	19	22	30	62,26	1,01
Libéria	32,1	2 280	33	2	17	33,12	1,03
Madagascar	49,2	2 160	21	7	12	37,65	1,05
Malaisie	17,2	2 840	54	96	96	68,50	1,06
Malawi	42,4	2 380	29	8	41	34,86	1,00
Maldives	20,3	2 870	59	46	98	76,73	1,03
Mali	38,5	2 750	33	16	25	39,84	1,00
Maroc	14,9	3 270	38	64	77	63,44	1,05
Mauritanie	22,0	2 870	49	33	40	28,56	1,05
Mexique	13,6	3 220	56	92	85	89,03	1,06
Mongolie	10,8	2 540	53	24	60	94,82	1,12
Monténégro	9,4	3 040	64	84	96	91,21	1,06
Mozambique	43,1	2 180	27	9	21	24,85	1,03
Namibie	23,1	2 240	45	51	34	69,56	1,09
Népal	37,4	2 530	29	24	46	69,08	1,03
Nicaragua	23,0	2 570	49	66	68	72,21	1,08
Niger	43,0	2 520	38	9	11	12,76	1,01
Nigéria	32,9	2 740	35	2	29	41,17	1,01
Ouganda	34,2	2 290	55	5	19	25,00	1,04
Pakistan	45,0	2 520	51	39	64	32,21	1,03
Panama	19,1	2 740	55	92	75	75,44	1,08
Paraguay	10,9	2 460	56	83	89	71,39	1,06
Pérou	17,5	2 670	43	78	76	92,90	1,07
Philippines	30,3	2 610	40	43	74	88,03	1,11
République démocratique populaire Lao	43,8	2 400	27	28	71	47,54	1,04
République-Unie de Tanzanie	34,7	2 210	42	13	16	31,60	1,05
République centrafricaine	40,7	2 240	45	2	22	12,09	1,08
République de Moldova	6,4	2 420	54	54	76	88,92	1,12
République dominicaine	7,1	2 510	68	72	84	80,25	1,09
Rwanda	37,9	2 240	49	9	62	33,66	1,05
Sao Tomé-et-Principe	31,6	2 770	53	33	35	84,55	1,06

À suivre

Tableau A6.1 Suite

Pays	Prévalence du retard de croissance (%)	Apport calorique total dans l'alimentation (kcal par jour et par personne)	Calories provenant d'aliments autres que les denrées de base (%)	Accès à l'eau courante (%)	Accès à des installations sanitaires améliorées (%)	Taux d'inscription des filles au secondaire[a] (%)	Rapport entre l'espérance de vie des femmes et des hommes
Sénégal	19,4	2 320	40	53	48	39,11	1,05
Serbie	6,0	2 890	61	94	96	95,73	1,07
Sierra Leone	37,9	2 260	37	5	13	41,66	1,01
Sri Lanka	14,7	2 520	42	34	95	102,34	1,09
Suriname	8,8	2 670	56	66	79	85,90	1,09
Swaziland	25,5	2 100	41	37	57	60,32	0,97
Tadjikistan	26,8	2 290	37	45	95	82,10	1,10
Tchad	38,7	2 330	33	6	12	14,28	1,03
Thaïlande	16,3	3 010	50	57	93	89,40	1,09
Timor-Leste	57,7	1 920	29	25	41	57,17	1,05
Togo	27,5	2 530	27	5	12	30,44	1,03
Tunisie	10,1	3 290	48	82	92	93,31	1,06
Turquie	9,5	3 770	52	100	95	83,78	1,10
Uruguay	10,7	2 720	54	99	96	96,26	1,09
Vanuatu	28,5	2 760	52	35	58	59,47	1,06
Venezuela	13,4	3 100	59	86	94	97,09	1,08
Zimbabwe	27,6	2 260	41	28	37	46,55	1,03

Source : Auteurs, d'après les sources suivantes : retard de croissance : UNICEF, OMS et Banque mondiale (2015) ; apport calorique total dans l'alimentation et calories provenant d'aliments autres que les denrées de base : FAO (2015c) ; accès à l'eau courante et à des installations sanitaires améliorées : JMP (2015b) ; scolarisation des filles : Institut de statistique de l'UNESCO (2015) ; rapport entre l'espérance de vie des femmes et des hommes : Banque mondiale (2016).

Note : vert = résultat supérieur au seuil associé à l'atteinte d'un taux de retard de croissance inférieur à 15 % ; rouge = résultat inférieur au seuil associé à l'atteinte d'un taux de retard de croissance inférieur à 15 %.

[a] Le taux peut dépasser 100 % en raison de l'inclusion d'élèves trop âgées et trop jeunes à la suite d'une entrée à l'école prématurée ou tardive ou du redoublement.

NOTES

RÉSUMÉ ANALYTIQUE

1 Le terme « cibles de nutrition » renvoie aux cibles adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé pour la nutrition de la mère, du nourrisson et du jeune enfant, et aux cibles relatives à la nutrition dans le Cadre mondial de suivi pour la prévention et la maîtrise des MNT.

CHAPITRE 1

1 Le taux mondial de prévalence de l'anémie était estimé à 33 % en 1995 et à 29 % en 2011 (Stevens et al. 2013). L'ensemble de données sur les Estimations conjointes de la malnutrition infantile de 2015 place les estimations du retard de croissance à 198 millions en 2000 et à 159 millions en 2014 (UNICEF, OMS et Banque mondiale 2015).

2 Cf. Haddad (2016) pour un point de vue sur ce à quoi la gouvernance mondiale de la nutrition devrait ressembler et ce qu'elle devrait s'efforcer de rendre possible.

ENCADRÉ 1.2

1 Analyse disponible sur demande. La régression est calculée comme suit : Existence d'une cible spécifiquement axée sur la sous-alimentation (0,1) = 0,95 + 13,11 (croissance du PIB 2000-2010) – 1,47 (Afrique) + 0,34 (TRAM du retard de croissance). Valeur *P* sur le TRAM du retard de croissance < 0,05. *n* = 41 observations (pays). TRAM = taux de réduction annuel moyen.

ENCADRÉ 1.4

1 Le *Budget 2016* du Royaume-Uni annonçait l'introduction d'une « taxe sodas » dont l'entrée en vigueur est prévue en septembre 2017 (Royaume-Uni 2016).

CHAPITRE 2

1 Les données sur la sixième cible, le faible poids à la naissance, sont en cours de remodélisation en vue de leur publication au début de 2017 (cf. Encadré 2.2).

2 Les distances sont mesurées comme suit : retard de croissance = taux de réduction annuel moyen (TRAM) actuel – TRAM requis ; émaciation = distance par rapport à 5 % (les pays les plus en deçà de 5 % se placent en tête du classement) ; surpoids chez les moins de 5 ans = TRAM actuel – TRAM requis ; anémie = TRAM actuel – TRAM requis ; allaitement maternel exclusif = croissance annuelle moyenne en points de pourcentage (CAMPP) – CAMPP requise; surpoids et obésité chez l'adulte = différence dans la variation absolue par rapport à zéro de 2010 à 2014 ; obésité chez l'adulte = différence dans la variation absolue par rapport à zéro de 2010 à 2014 ; diabète chez l'adulte = différence dans la variation absolue par rapport à zéro de 2010 à 2014.

3 Nous avons utilisé l'ensemble de données de l'enquête démographique et sanitaire (EDS) (DHS – Demographic and Health Survey 2005–2015) et celui de l'enquête par grappes à indicateurs multiples (EGIM) de l'UNICEF (UNICEF 2016c). Lorsque des données à la fois de l'EGIM et de l'EDS étaient disponibles et admissibles, nous avons sélectionné l'ensemble de données le plus récent à des fins d'analyse.

CHAPITRE 3

1 Le texte dans cette section s'inspire du texte et de l'analyse fournis par Chizuru Nishida et Kaia Engesveen.

2 Aucune valeur de référence n'est appliquée à la cible pour l'émaciation.

3 Toutes les cibles ont été jugées pertinentes, les cibles mondiales ayant été avalisées par l'AMS et tous les États membres s'étant par conséquent engagés à les atteindre. L'aspect atteignable n'a pas été utilisé comme critère d'inclusion, compte tenu de la nécessité, pour une véritable évaluation, de prendre en compte l'existence de moyens financiers et humains, ainsi que de capacités à l'égard de la nutrition dans chaque pays, soit autant de facteurs dépassant la portée du présent examen. Les détails sur les méthodes utilisées sont présentés en Annexe 4.

4 Les outils sont disponibles (en anglais seulement) auprès de l'OMS (2016k).

5 Une grande partie du texte dans cette section est le résultat de la contribution de Rachel Crossley de la Fondation Access to Nutrition.

CHAPITRE 4

1 Ces résultats sont répartis par groupe de parties prenantes en annexe, cf. Figures A7.5a et A7.5b.

CHAPITRE 5

1 Vingt-cinq pays ont vu leur évaluation passer de « Nombreuses dispositions législatives » à « Rares dispositions législatives ». Seuls six pays ont été promus : deux de « Rares » à « Nombreuses », un de « Aucune information » à « Nombreuses », et trois de « Mesure élaborée, dans l'attente d'une approbation définitive » à « Nombreuses ».

2 Les quelques paragraphes qui suivent ont été rédigés par Chessa Lutta.

3 Les rapports portent sur les avancées réalisées par rapport à la mise en œuvre des engagements nationaux figurant dans les documents de l'Assemblée générale des Nations Unies (2011) et des Nations Unies (2014a) (cf. chapitre 3).

4 Les valeurs présentées dans le Tableau 5.1 sont des médianes et des moyennes non pondérées, qui ne s'alignent donc pas sur les estimations mondiales de l'ONU. Les estimations sont non pondérées parce que de nombreux indicateurs n'ont pas une couverture suffisante de la population pour produire des estimations pondérées, et nombre d'entre eux ne figurent pas dans les bases de données de l'ONU.

5 Cette couverture médiane n'est pas pondérée selon la population. L'estimation réalisée par l'ONU de la couverture de la supplémentation en vitamine A, qui est une moyenne pondérée selon la population, indiquait que seuls les deux tiers environ des enfants étaient entièrement protégés.

6 L'alimentation minimale acceptable est définie, pour les enfants allaités âgés de 6 à 23 mois, comme le fait d'avoir bénéficié au moins de la diversité alimentaire minimale et de la fréquence minimale des repas la veille et, pour les enfants non allaités âgés de 6 à 23 mois, comme le fait d'avoir reçu au moins deux portions de lait et bénéficié au moins de la diversité alimentaire minimale et de la fréquence minimale des repas la veille. La diversité alimentaire minimale pour les enfants de 6 à 23 mois est définie comme le fait de recevoir des aliments d'au moins quatre groupes (OMS 2008).

7 La fréquence minimale des repas est définie comme la proportion d'enfants allaités et non allaités, âgés de 6 à 23 mois, qui reçoivent des aliments solides, semi-solides ou mous (y compris les portions de lait chez les enfants non allaités) selon la fréquence quotidienne minimale ou plus. Par définition, la fréquence minimale quotidienne est de deux fois pour les nourrissons allaités âgés de 6 à 8 mois, de trois fois pour les enfants allaités âgés de 9 à 23 mois, et de quatre fois pour les enfants non allaités âgés de 6 à 23 mois (OMS 2008).

8 Les données sont disponibles sur demande auprès du Secrétariat du *Rapport sur la nutrition mondiale*.

9 Ces 17 pays sont l'Afghanistan (6 districts), le Burkina Faso (12), la République centrafricaine (1), la Côte d'Ivoire (2), le Tchad (5), la République démocratique du Congo (3), l'Éthiopie (3), l'Inde (1), le Kenya (6), le Mali (21), le Niger (5), le Nigéria (20), le Pakistan (5), le Sénégal (1), la Somalie (2), le Soudan du Sud (6) et l'Ouganda (3). Les estimations de l'évaluation de la couverture sont effectuées suivant la méthodologie d'évaluation semi-quantitative de l'accessibilité et de la couverture (SQUEAC) (référence technique d'USAID 2012). Des données de couverture SQUEAC sont disponibles pour les 14 pays suivants : Afghanistan (6 districts), Burkina Faso (5), République centrafricaine (1), Tchad (2), République démocratique du Congo (3), Éthiopie (3), Kenya (4), Mali (8), Niger (2), Nigéria (14), Pakistan (3), Sénégal (1), Somalie (2) et Soudan du Sud (4)

ENCADRÉ 5.1

1 Cet encadré est inspiré des documents de l'HCC (2014, 2015).

CHAPITRE 6

1 Ces études sont néanmoins limitées en raison du fait que les données sur un ensemble complet de vecteurs sous-jacents candidats ne sont jamais disponibles. À titre d'exemple, l'analyse de Smith et Haddad (2015) ne contient aucune donnée sur les systèmes de santé, du fait que personne ne les recueille à différents moments dans le temps, de même que les analyses de Headey et Hoddinott (2014) et Headey (à venir) ne comportent pas de données sur la sécurité alimentaire, étant donné que les enquêtes démographiques sanitaires réalisées n'en recueillaient pas.

2 Headey fait remarquer que « la plupart de ces modèles s'en sortent relativement bien pour expliquer l'évolution totale du Z-score du ratio taille-âge (HAZ) au fil du temps. La part de l'évolution totale estimée du HAZ (à partir de toutes les variables explicatives) par rapport à son évolution réelle varie de 52 % en Inde [à] 65 % au Bangladesh et à 84 % au Népal. Au Pakistan, le modèle explique une évolution du HAZ supérieure de 21 % par rapport à ce qui est observé dans la pratique, vraisemblablement en raison du coefficient particulièrement important » (Headey, à venir, 8).

3 Il importe de préciser ici que, même si les seuils représentent la droite de meilleur ajustement, certains pays afficheront des niveaux de retard de croissance bien supérieurs ou inférieurs à 15 % pour les seuils des déterminants sous-jacents donnés.

4 En particulier, moins de 25 % des documents sont jugés par les auteurs comme couvrant ces enjeux.

CHAPITRE 7

1 Sauf indication contraire, toute référence au dollar dans le texte se rapporte au dollar américain.

2 Les équipes de la Banque mondiale/R4D se sont attelées à l'estimation des coûts liés à l'atteinte de la cible mondiale pour l'émaciation, qui porterait à la fois sur le traitement et la prévention de cette affection, mais n'y sont pas parvenues. Pour de plus amples détails, se reporter à Shekar et al. (2016).

3 Sur les deux indicateurs restants de l'AMS sur la sous-alimentation, nous avons fait remarquer, au chapitre 2 (Encadré 2.2) que les modèles servant à estimer le faible poids à la naissance (FPN) avaient été améliorés, et qu'il serait par conséquent logique d'attendre la publication des prochaines données avant d'étendre cette analyse au FPN. L'exercice n'a pas été réalisé pour le surpoids chez les moins de 5 ans en raison du fait que les données d'intervention ne sont pas considérées comme suffisamment tangibles, à ce jour, par les auteurs de l'étude.

4 Aux fins de cette estimation, le sous-ensemble d'interventions prévues dans le « programme prioritaire » comprenait la supplémentation en vitamine A pour les enfants, la promotion de bonnes pratiques de nutrition et d'hygiène chez le nourrisson et le jeune enfant, les suppléments en micronutriments prénatals, le traitement préventif intermittent du paludisme chez les femmes enceintes, les suppléments de fer et d'acide folique chez les adolescentes, l'enrichissement des denrées alimentaires de base, les politiques sociales en faveur de l'allaitement maternel, le recours aux médias sociaux et de masse disponibles pour promouvoir l'allaitement au sein, et le traitement de la malnutrition aiguë sévère.

5 Cette section s'inspire largement du rapport *Analysis of Nutrition-Sensitive Budget Allocations* (Greener et al. 2016).

6 Ces huit pays sont le Bangladesh, la Gambie, le Ghana, le Pakistan, les Philippines, le Soudan du Sud, le Tadjikistan et le Yémen.

7 Trente pays ont amorcé un exercice budgétaire national pour la nutrition, mais six d'entre eux ont été exclus de l'analyse pour diverses raisons (cf. Greener et al. 2016) ; il nous reste par conséquent 24 estimations de pays pour les enveloppes budgétaires nationales en faveur de la nutrition.

8 La définition que les pays membres du Mouvement SUN utilisent pour les actions « spécifiques à la nutrition » couvre les catégories d'interventions suivantes : 1) interventions nutritionnelles autonomes à fort impact, 2) programmes de nutrition autonomes, 3) interventions nutritionnelles intégrées dans les programmes de santé, et 4) interventions nutritionnelles intégrées dans les programmes non liés à la santé.

9 Contrairement à l'agriculture, l'éducation, la protection sociale et la santé, les allocations budgétaires générales pour le secteur WASH ne sont pas disponibles dans la base de données SPEED de l'IFPRI.

10 Une raison susceptible d'expliquer cet écart serait que la Zambie a commencé son analyse en incluant trois ministères seulement (ministère du Développement communautaire, ministère de la Santé et ministère de l'Agriculture et de l'Élevage).

11 Une grande partie de cette analyse a été réalisée par Jordan Beecher de Development Initiatives.

12 La source standard des données sur l'aide publique au développement est le Système de notification des pays créanciers de l'OCDE (SNPC – géré par le Comité d'aide au développement [CAD] de l'OCDE). La méthodologie approchée du Réseau des donateurs du Mouvement SUN pour les dépenses spécifiques à la nutrition s'applique aux décaissements au titre du code 12240 du SNPC : Nutrition de base. Cette méthode combine les données de l'ensemble des agences gouvernementales au sein d'un pays donné.

13 Les cinq plus grands donateurs du Comité d'aide au développement de l'Organisation de coopération et de développement économiques (CAD/OCDE) sont définis comme ceux ayant dépensé les montants les plus élevés sur la période 2010-2014.

14 Se rapportent aux décaissements en faveur des pays, seulement.

15 Comme évoqué plus tôt, la source standard des données sur l'APD est le Système de notification des pays créanciers de l'OCDE (SNPC – géré par le Comité d'aide au développement [CAD] de l'OCDE).

16 Nous avons tout d'abord procédé à une recherche dans les champs Titre et Description de l'ensemble de données du SNPC pour un ou plusieurs mots-clés : diet, diets, obesity, NCD, non communicable disease, non-communicable disease, chronic disease, diabetes, obésité, maladies non transmissibles, maladie chronique, diabète. Parmi les quelque 225 126 entrées figurant dans l'ensemble de données du SNPC de 2014, 441 entrées contenaient un ou plusieurs de ces mots-clés. Nous avons ensuite passé individuellement en revue toutes ces entrées pour en exclure tous les projets non pertinents. Les projets étaient jugés non pertinents lorsque l'information contenue dans leur titre ou description indiquait clairement qu'ils ne se rapportaient pas aux MNT. Nous avons également exclu les projets qui semblaient cibler en priorité l'agriculture ou la sous-alimentation, ainsi que les interventions anti-tabac et axées sur les activités sportives.

ENCADRÉ 7.1

1 Le plan du Pacte Faim Zéro est multisectoriel et mis en œuvre à travers les programmes exécutés par les institutions nationales à partir du budget.

2 D'après une présentation du correspondant gouvernemental du Mouvement SUN au Pérou à l'occasion de l'atelier régional du Mouvement SUN sur l'établissement des coûts et le suivi financier, qui s'est tenu du 28 au 30 avril 2015, au Guatemala.

ENCADRÉ 7.4

1 Le gouvernement américain consacre 100 % de quatre catégories du CAD (approvisionnement de base en eau potable et services d'assainissement de base ; approvisionnement de base en eau potable ; services d'assainissement de base ; et aide alimentaire d'urgence) à la catégorie d'interventions contribuant à la nutrition, et 25 % de 17 catégories supplémentaires du CAD à la catégorie d'interventions contribuant à la nutrition, notamment les soins de santé, les organisations qui font la promotion de l'égalité des femmes, ainsi qu'un vaste éventail de catégories agricoles. La méthodologie du Réseau des donateurs applique 100 % ou 25 % aux projets en deçà du niveau de la catégorie, selon une série de critères qui, pris collectivement, indiquent une intention explicite d'améliorer les résultats nutritionnels des femmes et des adolescentes ou des enfants. Se reporter au Réseau de donateurs du Mouvement SUN (2013).

Pour les dépenses contribuant à la nutrition, le Réseau des donateurs s'est entendu sur une série de 35 codes du Système de notification des pays créanciers (SNPC) susceptibles d'aider les membres à identifier leurs activités en faveur de la nutrition. Cependant, un code (13022) n'existe pas dans la structure établie par le CAD/OCDE. Le gouvernement des États-Unis a passé en revue la définition de ces codes et mis au point un sous-ensemble de 22 codes du SNPC (18 issus des 34 d'origine, et 4 codes supplémentaires) qui reflètent plus fidèlement ses programmes contribuant à la nutrition. Pour les codes contribuant à la nutrition, le gouvernement des États-Unis a appliqué des coefficients de 25 % ou 100 % à chacun de ces 22 codes-objet. Un coefficient de 25 % est appliqué aux totaux des 18 codes du SNPC suivants : 12110, 12220, 12250, 12261, 12281, 13020, 15170, 31120, 31161, 31163, 31166, 31182, 31191, 31192, 31195, 31320, 31382, et 31391 (les codes en caractères gras sont les codes supplémentaires sélectionnés par le gouvernement des États-Unis). Approvisionnement en eau potable et assainissement – dispositifs de base, ainsi que Assainissement – dispositifs de base et l'Aide alimentaire directe par le biais de l'aide alimentaire d'urgence ont des associations tant fortes que directes avec les résultats contribuant à la nutrition. Il s'ensuit qu'un coefficient de 100 % a été appliqué aux codes-objet suivants du SNPC : 14030 (Approvisionnement en eau potable et assainissement – dispositifs de base), 14031 (Approvisionnement en eau potable – dispositifs de base), 14032 (Assainissement – dispositifs de base), et 72040 (Aide alimentaire d'urgence). Il convient de préciser ici que tous les fonds enregistrés sous le code 72040 du SNPC pour les interventions contribuant à la nutrition ne comprennent que les investissements non saisis dans le Cadre 3.1.9 du gouvernement des États-Unis pour l'aide spécifique à la nutrition.

CHAPITRE 8

1 Les détails de cette analyse sont fournis dans le Tableau annexe A8.2. Aux dires de nos collègues de l'UNICEF, des analyses connexes sont en cours d'élaboration pour l'autre source principale d'enquêtes sur la nutrition, soit les enquêtes par grappes à indicateurs multiples (EGIM), menées par l'UNICEF et ses partenaires nationaux. L'EGIM effectue des travaux méthodologiques sur bon nombre d'indicateurs potentiels dans la deuxième colonne du Tableau annexe A8.2, qui font l'objet de mises à l'essai et de validations avant leur inclusion dans le sixième cycle de l'EGIM.

2 Analyse disponible sur demande.

3 Le texte de cette sous-section est rédigé par Monica Kothari, avec la participation de Fred Arnold, Bernard Barrere, Ann Way, Annie Cross, Ruilin Ren, Joy Fishel et Sri Poedjastoeti du programme EDS.

4 Le texte et l'analyse des données de cette section ont été rédigés par Monica Kothari et al. d'ICF International. Les chiffres s'appuient sur les dernières données ventilées disponibles des EDS.

5 Tous les points dans les figures représentent des sous-ensembles contenant au moins 50 observations.

6 Il serait intéressant d'essayer de dégager une tendance expliquant les différences dans certains pays plutôt que dans d'autres, mais une telle étude dépasse la portée du présent rapport.

7 Les trois paragraphes qui suivent ont été rédigés par Monica Kothari, avec la participation de Fred Arnold, Bernard Barrere, Ann Way, Annie Cross, Ruilin Ren, Joy Fishel et Sri Poedjastoeti du programme EDS.

8 La liste des pays fournie dans OCDE (2015) s'inspire de Banque mondiale (2015a) et de Fund for Peace (2014).

9 Une grande partie du texte dans cette section a été fournie par Josephine Ippe.

10 Le Groupe de la nutrition (Global Nutrition Cluster) est un groupe de 32 partenaires internationaux participant aux actions en faveur de la nutrition dans les situations d'urgence (http://nutritioncluster.net/gnc/partners/).

ENCADRÉ 8.2

1 La Base de données sur les groupes et les inégalités (Group and Inequality Database – GRID) élaborée par Save the Children et Overseas Development Institute est fondée sur le traitement direct des données des EDS et des EGIM.

ENCADRÉ 8.4

1 Pour de plus amples détails, consultez Elbers et al. (2003), Haslett et al. (2013, 2014a, 2014b), Pratesi (2016), et Rao et Molina (2015).

ENCADRÉ 8.6

1 Le HCR définit comme prolongée une situation dans laquelle 25 000 réfugiés ou plus de la même nationalité sont en exil depuis cinq ans ou plus dans un pays d'asile donné.

2 Nous disposons de données démographiques pour 96,8 % des sites. Les sources de données sont HCR (2014a, b). Malnutrition aiguë globale (MAG) est le terme utilisé pour englober tous les enfants souffrant d'émaciation modérée (Z-score poids-pour-taille inférieur ou égal à -2, mais supérieur ou égal à -3), d'émaciation sévère (Z-score poids-pour-taille inférieur ou égal à -3), d'œdème ou de toute combinaison de ces états (SMART 2006).

3 Sur les 93 sites où des enquêtes sur la nutrition ont été menées en 2015, 90 (96,8 %) ont fait état de l'anémie chez les enfants de 6 à 59 mois.

ANNEXE 4

1 Le premier examen mondial des politiques en matière de nutrition (Global Nutrition Policy Review) a été mené en 2009-2010, et le deuxième sera mis en œuvre en 2016.

ANNEXE 5

1 Ces lignes directrices ont été examinées par un groupe consultatif externe formé d'experts des Nations Unies, d'organisations de la société civile, du Mouvement pour le renforcement de la nutrition (SUN) et de bailleurs de fonds.

2 Cette définition des engagements SMART est adaptée d'Assainissement et eau pour tous (2014).

3 Ces étapes sont adaptées d'Assainissement et eau pour tous (2014)

BIBLIOGRAPHIE

AbdAllah, A. M., S. S. A. El-Sherbeny et S. Khairy. 2007. "Nutritional Status of Mentally Disabled Children in Egypt." *Egyptian Journal of Hospital Medicine* 29: 604–615.

Afrique du Sud, Department of Health. 2015. *Strategy for the Prevention and Control of Obesity in South Africa, 2015–2020*. Pretoria. https://www.health-e.org.za/wp-content/uploads/2015/12/National-Strategy-for-prevention-and-Control-of-Obesity-4-August-latest.pdf.

Ahmed, A. U., J. F. Hoddinott, S. Roy, E. Sraboni, W. R. Quabili et A. Margolies. 2016. *Which Kinds of Social Safety Net Transfers Work Best for the Ultra Poor in Bangladesh? Operation and Impacts of the Transfer Modality Research Initiative*. Report to the Government of Bangladesh from World Food Programme and International Food Policy Research Institute.

Ahuja, A., S. Baird, J. H. Hicks, M. Kremer, E. Miguel et S. Powers. 2015. "When Should Governments Subsidize Health? The Case of Mass Deworming." *World Bank Economic Review* 29 (Supplement 1): S9–S24.

Anand, S. S., C. Hawkes, R. J. De Souza, A. Mente, M. Dehghan, R. Nugent et al. 2015. "Food Consumption and Its Impact on Cardiovascular Disease: Importance of Solutions Focused on the Globalized Food System: A Report from the Workshop Convened by the World Heart Federation." *Journal of the American College of Cardiology* 66 (14): 1590–1614.

Arifeen, S. E., D. E. Hoque, T. Akter, M. Rahman, M. E. Hoque, K. Begum, E. K. Chowdhury, R. Khan, L. S. Blum, S. Ahmed et M. A. Hossain. 2009. "Effect of the Integrated Management of Childhood Illness Strategy on Childhood Mortality and Nutrition in a Rural Area in Bangladesh: A Cluster Randomised Trial." *Lancet* 374 (9687): 393–403.

Assainissement et eau pour tous. 2014. D*eveloping SMART Commitments for the 2014 High Level Meeting (HLM): Guidance for Governments and SWA Partners in Country*. New York. http://sanitationandwaterforall.org/partner-workspace/high-level-commitments-dialogue/.

Assemblée générale des Nations Unies. 2011. *Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles*. New York.

———. 2014. *Document final de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale consacrée à un examen et à une évaluation approfondis des progrès accomplis dans la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles*. Résolution 68/300, 10 juillet 2014. Consulté en février 2016. http://www.un.org/fr/documents/view_doc.asp?symbol=A/RES/68/300.

Avula, R., S. S. Kim, S. Chakrabarti, P. Tyagi, N. Kohli et P. Menon. 2015. *Delivering for Nutrition in Odisha: Insights from a Study on the State of Essential Nutrition Interventions*. POSHAN Report 7. New Delhi: International Food Policy Research Institute. http://ebrary.ifpri.org/cdm/ref/collection/p15738coll2/id/129277.

Bagriansky, J. 2014. *Situation Analysis and Proposed Communication Plan to Support of Government of Ethiopia in Development of a Central Iodization Facility in Afar*. UNICEF report.

Banque mondiale. 2014. *Costed Plan for Scaling Up Nutrition: Nigéria*. Health, Nutrition, and Population (HNP) Discussion Paper. Washington, DC.

———. 2015a. *Harmonized List of Fragile Situations FY14*. Washington, DC. http://siteresources.worldbank.org/EXTLICUS/Resources/511777-1269623894864/HarmonizedlistoffragilestatesFY14.pdf.

———. 2015b. *Open Data for Sustainable Development*. Consulté le 9 avril 2016. http://pubdocs.worldbank.org/pubdocs/publicdoc/2015/8/999161440616941994/Open-Data-for-Sustainable-Development.pdf.

———. 2016. *Indicateurs du développement dans le monde*. Consulté le 1er avril 2016. http://donnees.banquemondiale.org/catalogue/les-indicateurs-du-developpement-dans-le-monde.

Banque mondiale et OMS (Organisation mondiale de la Santé). 2014. *Global Civil Registration and Vital Statistics: Scaling Up Investment Plan 2015–2024*. Washington, DC: Banque mondiale.

Beer, H., S. Luna, L. Pompano, E. Przybyszewski, S. Udipi, P. Ghugre et B. Haas. 2014. "Consuming Iron-biofortified Pearl Millet Increased Hemoglobin Concentrations and Prevented a Decline in Energy Efficiency in Indian Girls." *FASEB Journal* 28 (1): Supplement 646.7. www.fasebj.org/content/28/1_Supplement/646.7.

Bereuter, D. et D. Glickman. 2015. *Healthy Food for a Healthy World: Leveraging Agriculture and Food to Improve Global Nutrition*. Chicago Council on Global Affairs. Consulté le 19 avril 2015. www.thechicagocouncil.org/sites/default/files/GlobalAg-HealthyFood_FINAL.pdf.

Bhutta, Z. A. et S. Zlotkin. 2014. *Why Adolescent Health and Why Now?* Toronto: SickKids Centre for Global Child Health.

Bhutta, Z. A., J. K. Das, A. Rizvi, M. F. Gaffey, N. Walker, S. Horton, P. Webb, A. Lartey et R. E. Black. 2013. "Evidence-Based Interventions for Improvement of *Maternal and Child Nutrition*: What Can Be Done and at What Cost?" *Lancet* 382 (9890): 452–477.

Black, R. E., C. G. Victora, S. P. Walker, Z. A. Bhutta, P. Christian, M. de Onis, M. Ezzati, S. Grantham-McGregor, J. Katz, R. Martorell et R. Uauy. 2013. "Maternal and Child Undernutrition and Overweight in Low-Income and Middle-Income Countries." *Lancet* 382 (9890): 427–451.

Bougma, K., G. Marquis, F. Aboud, E. Frongillo, T. Lemma et A. Samuel. 2015. "Iodized Salt Improves Child's Iodine Status, Mental Development, and Physical Growth in a Cluster Randomized Trial in Ethiopia." *FASEB Journal* 29 (1) Supplement 28.6.

Bray, G. A. et B. M. Popkin. 2014. "Dietary Sugar and Body Weight: Have We Reached a Crisis in the Epidemic of Obesity and Diabetes? Health Be Damned! Pour on the Sugar." *Diabetes Care* 37 (4): 950–956.

Bredenkamp, C., L. R. Buisman et E. Van De Poel. 2014. "Persistent Inequalities in Child Undernutrition: Evidence from 80 Countries, from 1990 to Today." *International Journal of Epidemiology* 43 (4): 1328–1335. doi: 10.1093/ije/dyu075.

Breierova, L. et E. Duflo. 2004. *The Impact of Education on Fertility and Child Mortality: Do Fathers Really Matter Less Than Mothers?* NBER Working Paper 10513. Cambridge, MA, US: National Bureau of Economic Research.

Brésil, Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. 2015. Decreto no. 8552. Consulté en mars 2016. www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Decreto/D8552.htm.

Brown, R., T. Khara et P. Brunet. 2015. *Maximising the Nutritional Impact of Humanitarian Food Assistance*. Consortium INSPIRE. Consulté en février 2016. www.cashlearning.org/downloads/hfanutrition-report-final-nov-2015.pdf.

Burlandy, L., C. Rocha et R. Maluf. 2014. "Integrating Nutrition into Agricultural and Rural Development Policies: The Brazilian Experience of Building an Innovative Food and Nutrition Security Approach." Dans *Improving Diets and Raising Levels of Nutrition: Food-Based Approaches (Proceedings—International Symposium on Food and Nutrition Security: Food-Based Approaches for Improving Diets and Raising Levels of Nutrition)*, édité par B. Thompson et L. Amoroso. Rome: Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture.

Burt, A., B. Hughes et G. Milante. 2014. *Eradicating Poverty in Fragile States: Prospects of Reaching the "High-Hanging" Fruit by 2030*. World Bank Policy Research Working Paper 7002. Washington, DC: Banque mondiale. http://ssrn.com/abstract=2479667.

CAISAN (Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional). 2013. *Balanço das Ações do plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional: PLANSAN 2012–2015*. Brasilia: MDS, Secretaria-Executiva da CAISAN. http://www4.planalto.gov.br/consea/publicacoes/balanco-plansan.

Carlson, G. J., K. Kordas et L. E. Murray-Kolb. 2015. "Associations between Women's Autonomy and Child Nutritional Status: A Review of the Literature." Maternal and Child Nutrition 11 (4): 452–482.

CBGA (Centre for Budget and Governance Accountability). 2016a. *Budget Track* 11 (February). http://www.cbgaindia.org/newsite/wp-content/uploads/2016/03/Budget-Track-on-Nutrition-Compressed.pdf.

———. 2016b. *Connecting the Dots: An Analysis of Union Budget 2016–17*. New Delhi. Consulté en mars 2016. http://www.cbgaindia.org/new_publications.php?action=details&id=85.

Centre for Social Protection (CSP), Institute of Development Studies (IDS), Family for Every Child et Challenging Heights. 2014. *Researching the Linkages between Social Protection and Children's Care in Ghana: LEAP and Its Effects on Child Well-Being, Care, and Family Cohesion*. Brighton, Royaume-Uni: Centre for Social Protection at the Institute of Development Studies.

Chmielewska, D. et D. Souza. 2011. *The Food Security Policy Context in Brazil*. Country Study. Brasilia: International Policy Centre for Inclusive Growth. www.ipc-undp.org/pub/IPCCountryStudy22.pdf.

Chopra, M., A. Sharkey, N. Dalmiya, D. Anthony et N. Binkin. 2012. "Strategies to Improve Health Coverage and Narrow the Equity Gap in Child Survival, Health, and Nutrition." *Lancet* 380 (9850): 1331–1340.

Chuko, T., J. Bagriansky et A. T. Brown. 2015. "Ethiopia's Long Road to USI." *Iodine Deficiency Disorder Newsletter*, May.

Colchero, M. A., B. M. Popkin, J. A. Rivera et S. W. Ng. 2016. "Beverage Purchases from Stores in Mexico under the Excise Tax on Sugar Sweetened Beverages: Observational Study." *BMJ* 352: h6704.

CONSEA (Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional). 2009. *Building Up the National Policy and System for Food and Nutrition Security: The Brazilian Experience*. Brasilia.

———. 2010. *Food and Nutritional Security and the Human Right to Adequate Food in Brazil*. Brasilia.

Conseil économique et social des Nations Unies. 2016. *Rapport du Groupe d'experts des Nations Unies et de l'extérieur chargé des indicateurs relatifs aux objectifs de développement durable*. E/CN.3/2016/2/Rev.1. New York. http://unstats.un.org/unsd/statcom/47th-session/documents/2016-2-IAEG-SDGs-Rev1-f.pdf.

Cunningham, K., M. Ruel, E. Ferguson et R. Uauy. 2015. "Women's Empowerment and Child Nutritional Status in South Asia: A Synthesis of the Literature." *Maternal and Child Nutrition* 11 (1): 1–9.

Curtis, V., S. Cairncross et R. Yonli. 2000. "Domestic Hygiene and Diarrhoea—Pinpointing the Problem." *Tropical Medicine and International Health* 5 (1): 22–32. PubMed PMID: 10672202.

DAES (Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies). 2014. "Goal 2. End Hunger, Achieve Food Security and Improved Nutrition, and Promote Sustainable Agriculture." Sustainable Development Knowledge Platform. Consulté en février 2016. https://sustainabledevelopment.un.org/?page=view&nr=164&type=230&menu=2059.

Dain, K. 2015. "Sustainable Financing: The Achilles Heel of the Non-communicable Diseases Response." *Lancet Diabetes and Endocrinology* 3 (12): 923–925.

Danaei, G., G. M. Singh, C. J. Paciorek, J. K. Lin, M. J. Cowan, M. M. Finucane, F. Farzadfar, G. A. Stevens, L. M. Riley, Y. Lu, M. Rao, M. Ezzati et C. H. Fall. 2013. "The Global Cardiovascular Risk Transition Associations of Four Metabolic Risk Factors with National Income, Urbanization, and Western Diet in 1980 and 2008." *Circulation* 127 (14): 1493–1502.

Danysh, H. E., R. H. Gilman, J. C. Wells, W. K. Pan, B. Zaitchik, G. Gonzálvez, M. Alvarez et W. Checkley. 2014. "El Niño Adversely Affected Childhood Stature and Lean Mass in Northern Peru." *Climate Change Responses* 1 (1): 7.

Das, J. K., R. A. Salam, R. Kumar et Z. A. Bhutta. 2013. "Micronutrient Fortification of Food and Its Impact on Woman and Child Health: A Systematic Review." *Systematic Reviews* 2: 67.

Delisle, H. F. 2008. "Poverty: The Double Burden of Malnutrition in Mothers and the Intergenerational Impact." *Annals of the New York Academy of Sciences* 1136: 172–184. doi: 10.1196/annals.1425.026.

De Moura, F., A. Palmer, J. Finkelstein, J. Haas, L. Murray-Kolb, M. Wenger, E. Birol, E. Boy et J. P. Peña-Rosas. 2014. "Are Biofortified Staple Food Crops Improving Vitamin A and Iron Status in Women and Children? New Evidence from Efficacy Trials." *Advances in Nutrition* (5): 56–570. doi: 10.3945/an.114.006627Adv.

de Onis, M., K. G. Dewey, E. Borghi, A. W. Onyango, M. Blossner, B. Daelmans, E. Piwoz et F. Branca. 2013. "The World Health Organization's Global Target for Reducing Childhood Stunting by 2025: Rationale and Proposed Actions." *Maternal and Child Nutrition* 9 (2): 6–26.

De Schutter, O. 2014. *Rapport soumis par le Rapporteur spécial sur le droit à l'alimentation, Olivier De Schutter. Rapport final : Le droit à l'alimentation, facteur de changement*. Soumis au Conseil des droits de l'homme des Nations Unies, New York.

Devereux, S. 2015. "Social Protection for Enhanced Food Security in Sub-Saharan Africa." *Food Policy*, April.

DFID (UK Department for International Development). 2015. "Preparing for El Niño." News story, October 16. Consulté le 9 avril 2016. www.gov.uk/government/news/preparing-for-el-nino.

DHS (Demographic and Health Survey). 2005–2015. The DHS Program: Data. http://dhsprogram.com/data.

Dieleman, J. L., C. M. Graves, T. Templin, E. Johnson, R. Baral, K. Leach-Kemon, A. M. Haakenstad et C. J. L. Murray. 2014. "Global Health Development Assistance Remained Steady in 2013 but Did Not Align with Recipients' Disease Burden." *Health Affairs* 10: 1377.

Dolan, C., M. Mwangome et T. Khara. 2015. « Simultanéité de l'émaciation et du retard de croissance chez l'enfant. » Encadré 2.1 dans le *Rapport 2015 sur la nutrition mondiale : mesures et redevabilité en vue d'accélérer les progrès mondiaux en matière de nutrition et de développement durable*. Washington, DC: Institut international de recherche sur les politiques alimentaires.

Duflo, E., M. Greenstone, R. Guiteras et T. Clasen. 2015. *Toilets Can Work: Short and Medium Run Health Impacts of Addressing Complementarities and Externalities in Water and Sanitation*. Cambridge, MA, US: National Bureau of Economic Research.

Dutta, P., R. Murgai, M. Ravallion et D. P. Van de Walle. 2012. *Does India's Employment Guarantee Scheme Guarantee Employment?* Policy Research Working Paper 6003. Washington, DC: Banque mondiale.

EHNRI (Ethiopian Health and Nutrition Research Institute), FMoH (Federal Ministry of Health) et UNICEF. 2005. *Iodine Deficiency Disorders (IDD) National Survey in Ethiopia*. Addis-Abeba.

Elbers, C., J. O. Lanjouw et P. Lanjouw. 2003. "Micro-level Estimation of Poverty and Inequality." *Econometrica* 71 (1): 355–364.

Emergency Nutrition Network. 2011. *Development of a Minimum Reporting Package for Emergency Supplementary Feeding Programmes*. Project report. Washington, DC: Emergency Nutrition Network, Save the Children UK et US Agency for International Development. http://files.ennonline.net/attachments/1611/mrp-report-final.pdf.

———. 2014. Minimum Reporting for Supplementary Feeding Programmes (SFPs). Consulté le 9 avril 2016. www.ennonline.net/ourwork/research/minimumreportingsfps.

Fanzo, J., D. Hunter, T. Borelli et F. Mattei, eds. 2013. *Diversifying Food and Diets*. Londres et New York: Routledge.

FAO (Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture). 2002. *Programme de lutte contre la faim : Une action sur deux fronts pour lutter contre la faim : les mesures à prendre en priorité dans les pays et au niveau international*. Rome.

———. 2013. *Mettre les systèmes alimentaires au service d'une meilleure nutrition*. Rome.

———. 2015a. *Recommandations clés pour améliorer la nutrition à travers l'agriculture et les systèmes alimentaires*. Consulté en février 2016. www.fao.org/3/a-i4922f.pdf.

———. 2015b. L'état de l'insécurité alimentaire dans le monde 2015. Consulté en février 2016. www.fao.org/hunger/fr/.

———. 2015c. Indicateurs ou données de la sécurité alimentaire. Consulté le 21 avril 2015. http://faostat3.fao.org/download/D/FS/F.

———. 2016a. 2015–2016 E*l Niño: Early Action and Response for Agriculture, Food Security, and Nutrition*. Working draft (15 March 2016). Consulté le 9 avril 2016. www.fao.org/fileadmin/user_upload/emergencies/docs/FAOEl%20NinoReportMarch2016.pdf.

———. 2016b. FAOLEX. Consulté le 9 avril 2016. http://faolex.fao.org/faolex_fra/.

———. 2016c. FAOSTAT. http://faostat3.fao.org/home/F.

FAO, FIDA (Fonds international de développement agricole) et PAM (Programme alimentaire mondial). 2015. *L'état de l'insécurité alimentaire dans le monde 2015 : Objectifs internationaux 2015 de réduction de la faim : des progrès inégaux*. Rome : FAO.

Ferreira, A. A., J. R. Welch, R. V. Santos, S. A. Gugelmin et C. E. A. Coimbra Jr. 2012. "Nutritional Status and Growth of Indigenous Xavante Children, Central Brazil." *Nutrition Journal* 11: 3.

Fitzgibbon, C. 2016. "Shock-Responsive Social Protection in Practice: Kenya's Experience in Scaling Up Cash Transfers." Blog, February 23. Humanitarian Practice Network. http://odihpn.org/blog/shock-responsive-social-protection-in-practice-kenyas-experience-in-scaling-up-cash-transfers/.

Forouzanfar, M. H., L. Alexander, H. R. Anderson, V. F. Bachman, S. Biryukov, M. Brauer, R. Burnett, D. Casey, M. M. Coates, A. Cohen et K. Delwiche. 2015. "Global, Regional, and National Comparative Risk Assessment of 79 Behavioural, Environmental and Occupational, and Metabolic Risks or Clusters of Risks in 188 Countries, 1990–2013: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2013." *Lancet* 386 (10010): 2287–2323.

Frenk, J. 2015. "Leading the Way towards Universal Health Coverage: A Call to Action." *Lancet* 385 (9975): 1352–1358.

Fuller, J. A., J. Goldstick, J. Bartram et J. N. Eisenberg. 2016. "Tracking Progress towards Global Drinking Water and Sanitation Targets: A Within and Among Country Analysis." *Science of the Total Environment* 541: 857–864.

Fund for Peace. 2014. *Fragile States Index 2014*. Washington, DC. http://library.fundforpeace.org/library/cfsir1423-fragilestatesindex2014-06d.pdf.

Garrett, G. S. et R. Prczewlofsky. 2013. "Sustainable Supplies of Potassium Iodate for Africa." *Iodine Deficiency Disorder Newsletter*, November.

Ghana, Ministry of Food and Agriculture. 2010. *Medium Term Agricultural Sector Investment Plan (METASIP): 2011–2015*. Accra, Ghana.

Ghana, Ministry of Health. 2007. U*nder 5 Child Health Strategy: 2007–2015*. Accra, Ghana. http://ghanamedicalassociation.org/Documents/Child%20Health%20Strategy.pdf.

GIEC (Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat). 2007. *Quatrième rapport d'évaluation : Bilan 2007 des changements climatiques*. Consulté en mars 2016. https://www.ipcc.ch/pdf/assessment-report/ar4/syr/ar4_syr_fr.pdf.

Global Nutrition Cluster. 2013. Who We Are. Consulté le 9 avril 2016. http://nutritioncluster.net/gnc/partners/.

GLOPAN (Panel mondial sur l'agriculture et les systèmes alimentaires pour la nutrition). 2014. *How Can Agriculture and Food System Policies Improve Nutrition?* Technical Brief. Londres.

———. 2015. *Improved Metrics and Data Are Needed for Effective Food System Policies in the Post-2015 Era*. Technical Brief. Londres: Global Panel on Agriculture and Food Systems for Nutrition.

———. 2016. "AfDB President Adesina Addresses the Issues of Malnutrition during Global Panel Annual Meeting." Consulté le 17 avril 2016. www.glopan.org/news/afdb-president-adesina-addesses-issues-malnutrition-during-global-panel-annual-meeting.

Godfray, H. C. J., J. R. Beddington, I. R. Crute, L. Haddad, D. Lawrence, J. F. Muir, J. Pretty, S. Robinson, S. M. Thomas et C. Toulmin. 2010. "Food Security: The Challenge of Feeding 9 Billion People." *Science* 327 (5967): 812–818.

Gornall, J. 2015. "Healthcare for Syrian Refugees." *BMJ* 351: h4150. doi: 10.1136/bmj.h4150.

Goryakin, Y. et M. Suhrcke. 2014. "Economic Development, Urbanization, Technological Change, and Overweight: What Do We Learn from 244 Demographic and Health Surveys?" *Economics and Human Biology* 14: 109–127.

Goryakin, Y., T. Lobstein, W. P. T. James et M. Suhrcke. 2015. "The Impact of Economic, Political, and Social Globalization on Overweight and Obesity in the 56 Low and Middle Income Countries." *Social Science and Medicine* 133: 67–76.

Gradin, C. "Poverty and Ethnicity among Black South Africans." 2015. *European Journal of Development Research* 27: 921–942.

Green, R., J. Sutherland, A. D. Dangour, B. Shankar et P. Webb. 2016. "Global Dietary Quality, Undernutrition, and Non-communicable Disease: A Longitudinal Modelling Study." *BMJ* Open 6 (1): e009331.

Greener, R., C. Picanyol, P. Fracassi, W. Knechtel, A. Mujica et S. Allan. 2016. *Analysis of Nutrition-Sensitive Budget Allocations: Experience from 30 Countries*. Report for Scaling Up Nutrition (SUN). Oxford, Royaume-Uni: Oxford Policy Management.

Groce, N., E. Challenger, M. Kerac et L. Cheshire. 2013. *Stronger Together: Nutrition-Disability Links and Synergies*. Briefing note. Consulté en février 2016. www.unicef.org/disabilities/files/Stronger-Together_Nutrition_Disability_Groce_Challenger_Kerac.pdf.

GSO (General Statistical Office). 2011. *Viet Nam Multiple Indicator Cluster Survey 2011, Final Report*. Hanoï.

GSS (Ghana Statistical Service). 2014. *Ghana Living Standards Round 6: Main Report*. Accra.

GSS, GHS (Ghana Health Service) et ICF International. 2015. *Demographic and Health Survey 2014*. Rockville, MD, US: GSS, GHS et ICF International.

Guha-Sapir, D., R. Below et P. Hoyois. 2016. EM-DAT: The CRED/OFDA International Disaster Database. Consulté en avril 2016. www.emdat.be. Université catholique de Louvain, Bruxelles, Belgique.

Gujarat, Health and Family Welfare Department. 2012. "Setting Up of Gujarat State Nutrition Mission (GSNM)." https://nrhm.gujarat.gov.in/Portal/Document/1_11_1_gr_setting_up_of_gsnm.pdf.

Haddad, L. 2015. "Equity: Not Only for Idealists." *Development Policy Review* 33 (1): 5–13.

———. 2016. "The Global Governance of Nutrition: Why It Matters." Development Horizons blog, February 25. http://www.developmenthorizons.com/2016/02/the-global-governance-of-nutrition-why.html.

Hahn, Y., A. Islam, K. Nuzhat, R. Smyth et H.-S. Yang. 2015. "Education, Marriage, and Fertility: Long-Term Evidence from a Female Stipend Program in Bangladesh." Paper presented at the Population Association of America meeting, April 30–May 2, San Diego, CA, US.

Harrington, D. W. et S. J. Elliott. 2009. "Weighing the Importance of Neighbourhood: A Multilevel Exploration of the Determinants of Overweight and Obesity." *Social Science and Medicine* 68 (4): 593–600.

Haslett, S., G. Jones et A. Sefton. 2013. *Small-Area Estimation of Poverty and Malnutrition in Cambodia*. National Institute of Statistics, Ministry of Planning, Royal Government of Cambodia et Programme alimentaire mondial des Nations Unies. Consulté en février 2016. www.wfp.org/content/cambodia-small-area-estimation-poverty-and-malnutrition-april-2013.

Haslett, S., G. Jones et M. Isidro. 2014a. *Small-Area Estimation of Child Undernutrition in Bangladesh*. Bangladesh Bureau of Statistics, Programme alimentaire mondial des Nations Unies et Fonds international de développement agricole. Consulté en février 2016. www.wfp.org/sites/default/files/Undernutrition%20Maps%20of%20Bangladesh%202012_Technical%20Report_Massey%20WFP%20BBS%20IFAD.pdf.

Haslett, S., G. Jones, M. Isidro et A. Sefton. 2014b. S*mall-Area Estimation of Food Insecurity and Undernutrition in Nepal*. Central Bureau of Statistics, National Planning Commissions Secretariat, Programme alimentaire mondial des Nations Unies, UNICEF et Banque mondiale, Katmandou, Népal. Consulté en février 2016. www.wfp.org/content/nepal-small-area-estimation-food-insecurity-and-undernutrition-december-2014.

Hawkes, C. 2015. *Renforcer la cohérence entre les politiques commerciales et les actions en faveur de la nutrition*. Document de consultation. Comité permanent de la nutrition du système des Nations Unies. Consulté en mars 2016. http://www.unscn.org/files/ICN2_TPM/COVER_FR_figure1_19_Nov_edited_Trade_and_Nutrition_CLEAN_to_be_send_for_translations_added_foreword-201606.pdf.

Hawkes, C. et M. Ruel. 2010. *Value Chains for Nutrition*. Washington, DC: Institut international de recherche sur les politiques alimentaires. Consulté en février 2016. www.ifpri.org/publication/value-chains-nutrition.

HCC (Healthy Caribbean Coalition). 2014. *A Civil Society Regional Status Report: Responses to NCDs in the Caribbean Community*. Consulté en mars 2016. https://ncdalliance.org/sites/default/files/resource_files/HCC%20NCDA%20RSR%20FINAL.pdf.

————. 2015. *A Civil Society Report on National NCD Commissions in the Caribbean: Towards a More Effective Multisectoral Response to NCDs. Part I.* Consulté en mars 2016. www.healthycaribbean.org/meetings-june-2015/june-5/resources/A-Civil-Society-Report-on-National-NCD-Commissions-in-the-Caribbean-Towards-a-more-Effective-Multisectoral-Response-to-NCDs-Part-1.pdf.

HCR (Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés). 2014a. "Malnutrition a Serious Threat as Food Shortages Impact Maban Refugee Camps." Consulté le 15 janvier 2016. http://www.unhcr.org/5370cfbb6.html.

————. 2014b. *World at War: UNHCR Global Trends: Forced DisRangment in 2014*. Consulté le 15 janvier 2016 http://unhcr.org/556725e69.html#_ga=1.183170982.1419369449.1434622495.

————. 2015. "Des déRangments de population plus importants que jamais." Consulté en février 2016. http://www.unhcr.org/fr/news/stories/2015/6/5581a037c/deRangments-populations-importants-jamais.html.

————. 2016a. Population Statistics. http://popstats.unhcr.org/en/overview.

————. 2016b. Standardised Expanded Nutrition Survey database. http://sens.unhcr.org/.

Headey, D. Forthcoming. "Drivers of Nutritional Change in Four South Asian Countries: A Dynamic Observational Analysis." *Maternal and Child Nutrition*.

Headey, D. D. et J. F. Hoddinott. 2014. *Understanding the Rapid Reduction of Undernutrition in Nepal, 2001–2011*. Discussion Paper 1384. Washington, DC: Institut international de recherche sur les politiques alimentaires. Consulté en mars 2016. http://ebrary.ifpri.org/cdm/ref/collection/p15738coll2/id/128471.

Health Data Collaborative. 2016. 100 Core Health Indicators. Consulté le 4 mai 2016. www.healthdatacollaborative.org/resources/100-core-health-indicators/.

Heymann, J., A. Raub et A. Earle. 2013. "Breastfeeding Policy: A Globally Comparative Analysis." *Bulletin of the World Health Organization* 91: 398–406.

Hoddinott, J., R. Rosegrant et M. Torero. 2012. "Investments to Reduce Hunger and Undernutrition." Challenge Paper, Copenhagen Consensus 2012. http://www.copenhagenconsensus.com/sites/default/files/hungerandmalnutrition.pdf.

Horton, R. 2015. "Offline: Chronic Diseases—The Social Justice Issue of Our Time." Comment. *Lancet* 386 (10011): 2378. http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(15)01178-2.pdf.

Horton, S. et R. H. Steckel. 2013. "Malnutrition: Global Economic Losses Attributable to Malnutrition 1900–2000 and Projections to 2050." Dans *How Much Have Global Problems Cost the World? A Scorecard from 1900 to 2050*, édité par B. Lomborg, 247–272. Cambridge, Royaume-Uni: Cambridge University Press.

Hotz, C., C. Loechl, A. Lubowa, J. K. Tumwine, G. Ndeezi, A. N. Masawi, R. Baingana, A. Carriquiry, A. de Brauw, J. V. Meenakshi et D. O. Gilligan. 2012. "Introduction of ß-carotene–rich Orange Sweet Potato in Rural Uganda Resulted in Increased Vitamin A Intakes among Children and Women and Improved Vitamin A Status among Children." *Journal of Nutrition* 142 (10): 1871–1880.

Howe-Heyman, A. et M. Lutenbacher. 2016. "The Baby-Friendly Hospital Initiative as an Intervention to Improve Breastfeeding Rates: A Review of the Literature." *Journal of Midwifery and Women's Health* 61 (1): 77–102.

Humphrey, J. H. 2009. "Child Undernutrition, Tropical Enteropathy, Toilets, and Handwashing." *Lancet* 374 (9694): 1032–1035. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60950-8.

IDEC (Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor). 2016. "Mais Rigor, por Favor." *Revista do IDEC*, January–February.

IFPRI (Institut international de recherche sur les politiques alimentaires). 2014. *Rapport 2014 sur la nutrition mondiale : mesures et redevabilité en vue d'accélérer les progrès mondiaux en matière de nutrition*. Washington, DC.

—————. 2015a. *Rapport 2015 sur la nutrition mondiale : mesures et redevabilité en vue d'accélérer les progrès mondiaux en matière de nutrition et de développement durable*. Washington, DC.

—————. 2015b. SPEED Database 2015. Consulté en février 2016.

—————. 2015c. "Global Nutrition Report Nutrition Country Profile 2015: Brazil." Washington, DC. Consulté en février 2016. http://ebrary.ifpri.org/utils/getfile/collection/p15738coll2/id/129817/filename/130028.pdf.

IHME (Institute for Health Metrics and Evaluation). 2015. "Financing Global Health." University of Washington. Consulté en février 2016. http://vizhub.healthdata.org/fgh/.

—————. 2016. Global Health Data Exchange. Consulté le 14 avril 2016. http://ghdx.healthdata.org.

Inde, Ministry of Finance. 2016. "Mother and Child." Consulté en mars 2016. http://indiabudget.nic.in/es2015-16/echapvol1-05.pdf.

Institut de statistique de l'UNESCO (Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture). 2015. Centre de données. Consulté le 21 avril 2015. www.uis.unesco.org/datacentre/pages/BrowseEducationFR.aspx.

IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada [Institut de recherche économique appliquée]). 1993. "O mapa da fome: subsídios à formulação de uma política de segurança alimentar." Documento de Política no. 14. Brasília. Mimeo.

—————. 2014. *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio—Relatório Nacional de Acompanhamento*. Brasília.

Jaacks, L. M., M. M. Slining et B. M. Popkin. 2015. "Recent Underweight and Overweight Trends by Rural-Urban Residence among Women in Low- and Middle-Income Countries." *Journal of Nutrition* 145 (2): 352–357.

Jaspers, L., V. Colpani, L. Chaker, S. J. van der Lee, T. Muka, D. Imo, S. Mendis, R. Chowdhury, W. M. Bramer, A. Falla et R. Pazoki. 2015. "The Global Impact of Non-communicable Diseases on Households and Impoverishment: A Systematic Review." *European Journal of Epidemiology* 30 (3): 163–188.

JMP (Programme commun OMS/UNICEF de suivi de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement). 2015a. "Rapport 2015 du JMP : faits essentiels." Consulté en mars 2016. www.wssinfo.org/fileadmin/user_upload/resources/JMP-2015-update-key-facts-French.pdf.

—————. 2015b. Data and Estimates/Tables. Consulté le 30 juin 2015. www.wssinfo.org/data-estimates/tables/.

Karnataka Comprehensive Nutrition Mission. 2016. Karnataka Comprehensive Nutrition Mission. Consulté le 26 avril. http://www.karnutmission.org/.

Kenya, Ministry of Health, Division of Nutrition. 2013. *Maternal, Infant, and Young Child Nutrition: National Operational Guidelines for Health Workers*. Nairobi. pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00JTGD.pdf.

Kenya, Ministry of Public Health and Sanitation. 2012. *National Nutrition Action Plan 2012–2017*. Consulté en février 2016. http://scalingupnutrition.org/wp-content/uploads/2013/10/Kenya-National-Nutrition-Action-Plan-2012-2017-final.pdf.

Kim, S., D. Ali, A. L. Kennedy, R. Tesfaye, A. Worku, T. Hailu, R. Rawat et P. Menon. 2015. "Assessing Implementation Fidelity of a Community-Based Infant and Young Child Feeding Intervention in Ethiopia Identifies Delivery Challenges That Limit Reach to Communities." *BMC Public Health* 15 (1): 316.

Kothari, M. 2016. "Global Nutrition Report 2016 Supplementary Dataset: Demographic and Health Survey Intervention Coverage Data: Percentage of Children and Pregnant Women Who Received Various Essential Nutrition Interventions as Reported in the DHS Surveys Conducted between 2005–2015." Washington, DC, February 4.

Kozuki, N., A. C. C. Lee, M. F. Silveira, A. Sania, J. P. Vogel, L. Adair, F. Barros, L. E. Caulfield, P. Christian, W. Fawzi, J. Humphrey, L. Huybregts, A. Mongkolchati, R. Ntozini, D. Osrin, D. Roberfroid, J. Tielsch, A. Vaidya, R. E. Black et J. Katz. 2013. "The Associations of Parity and Maternal Age with Small-for-Gestational-Age, Preterm, and Neonatal and Infant Mortality: A Meta-analysis." *BMC Public Health* 13 (Supplement 3): S2.

Kristjansson, B., M. Petticrew, B. MacDonald, J. Krasevec, L. Janzen, T. Greenhalgh, G. A. Wells, J. MacGowan, A. P. Farmer, B. Shea, A. Mayhew, P. Tugwell et V. Welch. 2007. "School Feeding for Improving the Physical and Psychosocial Health of Disadvantaged Students." *Cochrane Database of Systematic Reviews*, issue 1, article CD004676. www.cochrane.org/reviews/en/ab004676.html.

Kroll, M., R. K. Phalkey et F. Kraas. 2015. "Challenges to the Surveillance of Non-communicable Diseases: A Review of Selected Approaches." *BMC Public Health* 15 (1): 1.

Kuper, H., A. Monteath-van Dok, K. Wing, L. Danquah, J. Evans, M. Zuurmond et J. Gallinetti. 2014. "The Impact of Disability on the Lives of Children: Cross-Sectional Data Including 8,900 Children with Disabilities and 898,834 Children without Disabilities across 30 Countries." *PLOS ONE* 9 (9): e107300.

Laar, A., R. Aryeetey, R. Akparibo, F. Zotor et Ghana SUN Academic Platform. 2015. "Nutrition Sensitivity of the 2014 Budget Statement of Republic of Ghana." *Proceedings of the Nutrition Society* 74 (4): 526–532.

Labbok, M. 2012. "Global Baby-Friendly Hospital Initiative Monitoring Data: Update and Discussion." *Breastfeeding Medicine* 7: 210–222.

Langlois, E. V., A. Haines, G. Tomson et A. Ghaffar. 2016. "Refugees: Towards Better Access to Health Care Services." *Lancet* 387 (10016): 319–321.

Liu, X. et C. Zhu. 2014. "Will Knowing Diabetes Affect Labor Income? Evidence from a Natural Experiment." *Economics Letters* 124 (1): 74–78.

Lobstein, T., R. Jackson-Leach, M. L. Moodie, K. D. Hall, S. L. Gortmaker, B. A. Swinburn, W. P. T. James, Y. Wang et K. McPherson. 2015. "Child and Adolescent Obesity: Part of a Bigger Picture." *Lancet* 385 (9986): 2510–2520.

Luo, R., Y. Shi, L. Zhang, C. Liu, S. Rozelle, B. Sharbono, A. Yue, Q. Zhao et R. Martorell. 2012. "Nutrition and Educational Performance in Rural China's Elementary Schools: Results of a Randomized Control Trial in Shaanxi Province." *Economic Development and Cultural Change* 60 (4): 735–772.

Luthringer, C. L., L. A. Rowe, M. Vossenaar et G. S. Garrett. 2015. "Regulatory Monitoring of Fortified Foods: Identifying Barriers and Good Practices." *Global Health: Science and Practice* 3 (3): 446–461.

Madhya Pradesh, Women and Child Development Department. 2016. General Information. Consulté le 26 avril. http://www.mpwcd.nic.in/en/general-information.

Maharashtra, Health and Nutrition Mission. 2016. Health and Nutrition Mission. Consulté le 26 avril. http://nutritionmissionmah.gov.in/Site/Home/Index.aspx.

Malta, D. C., S. C. Andrade, R. M. Claro, R. T. I. Bernal et C. A. Monteiro. 2014. "Trends in Prevalence of Overweight and Obesity in Adults in 26 Brazilian State Capitals and the Federal District from 2006 to 2012." *Revista Brasileira de Epidemiologia* 17 (Supplement 1): 267–276.

Mamun, A. et J. Finlay 2015. "Shifting of Undernutrition to Overnutrition and Its Determinants among Women of Reproductive Ages in the 36 Low to Medium Income Countries." *Obesity Research and Clinical Practice* 9 (1): 75–86.

Mbuya, M. N. N., N. V. Tavengwa, R. J. Stoltzfus, V. Curtis, G. H. Pelto, R. Ntozini, R. A. Kambarami, D. Fundira, T. R. Malaba, D. Maunze, P. Morgan, G. Mangwadu et J. H. Humphrey. 2015. "Design of an Intervention to Minimize Ingestion of Fecal Microbes by Young Children in Rural Zimbabwe." *Clinical Infectious Diseases* 61 (Supplement 7): S703–S709. doi: 10.1093/cid/civ845.

Mejía Acosta, A. et L. Haddad. 2014. "The Politics of Success in the Fight against Malnutrition in Peru." *Food Policy* 44 (2014): 26–35.

Menon, P., C. M. McDonald et S. Chakrabarti. 2015. *Estimating the Cost of Delivering Direct Nutrition Interventions at Scale: National and Subnational-Level Insights from India*. POSHAN Report 9. New Delhi: International Food Policy Research Institute.

Miljkovic, D., S. Shaik, S. Miranda, N. Barabanov et A. Liogier. 2015. "Globalisation and Obesity." *World Economy* 38 (8): 1278–1294.

Miller, G., R. Luo, L. Zhang, S. Sylvia, Y. Shi, P. Foo, Q. Zhao, R. Martorell, A. Medina et S. Rozelle. 2012. "Effectiveness of Provider Incentives for Anaemia Reduction in Rural China: A Cluster Randomised Trial." *BMJ* 345: e4809. doi: 10.1136/bmj.e4809.

Mouvement SUN. 2015. *Rapport annuel du Mouvement SUN*. Consulté le 9 avril 2016. http://scalingupnutrition.org/fr/news/lancement-du-rapport-annuel-davancement-2015-du-mouvement-sun.

MQSUN (Maximising the Quality of Scaling Up Nutrition Programmes Framework). 2016. *Addressing Overweight and Obesity in Low- and Middle-Income Countries 2016*. Seattle, WA, US: PATH.

Nations Unies. 2013. *Perspectives de la population mondiale Révision de 2012*. New York: Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, Division de la population. Consulté en juin 2015. http://esa.un.org/unpd/wpp/Excel-Data/population.htm. (En anglais)

———. 2014a. "Réunions de haut niveau et le débat général de la soixante-huitième session de l'Assemblée générale." Point 118 de l'ordre du jour. Suite donnée aux textes issus du Sommet du Millénaire. Consulté en mars 2016. https://papersmart.unmeetings.org/fr/ga/68th-session/plenary-meetings/agenda/i/118/.

———. 2014b. *A World That Counts*. New York. http://www.undatarevolution.org/wp-content/uploads/2014/11/A-World-That-Counts.pdf.

———. 2015. *Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030*. Consulté le 9 avril 2016. http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=F.

Ndiku, H., M. Ndiku, K. Jaceldo-Siegl, P. Singh et J. Sabaté. 2011. "Gender Inequality in Food Intake and Nutritional Status of Children under 5 Years Old in Rural Eastern Kenya." *European Journal of Clinical Nutrition* 65 (1): 26–31.

Neuman, M., I. Kawachi, S. Gortmaker et S. V. Subramanian. 2014. "National Economic Development and Disparities in Body Mass Index: A Cross-Sectional Study of Data from 38 Countries." *PLOS ONE* 9 (6): e99327.

Ngure, F. M., J. H. Humphrey, M. N. Mbuya, F. Majo, K. Mutasa, M. Govha, E. Mazarura, B. Chasekwa, A. J. Prendergast, V. Curtis, K. J. Boor et R. J. Stoltzfus. 2013. "Formative Research on Hygiene Behaviors and Geophagy among Infants and Young Children and Implications of Exposure to Fecal Bacteria." *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 89 (4): 709–716. doi: 10.4269/ajtmh.12-0568.

Ngure, F. M., B. M. Reid, J. H. Humphrey, M. N. Mbuya, G. Pelto et R. J. Stoltzfus. 2014. "Water, Sanitation, and Hygiene (WASH), Environmental Enteropathy, Nutrition, and Early Child Development: Making the Links." *Annals of the New York Academy of Sciences* 1308 (1): 118–128.

Nguyen, P. H., S. S. Kim, S. Keithly, N. Hajeebhoy, L. M. Tran, M. T. Ruel, R. Rawat et P. Menon. 2014. "Incorporating Elements of Social Franchising in Government Health Services Improves the Quality of Infant and Young Child Feeding Counseling Services at Commune Health Centers in Vietnam." *Health Policy and Planning* 29 (8): 1008–1020. doi: 10.1093/heapol/czt083.

Norredam, M., A. Mygind et A. Krasnik. 2006. “Access to Health Care for Asylum Seekers in the European Union: A Comparative Study of Country Policies.” *European Journal of Public Health* 16 (3): 285–289.

Nugent, R. 2011. *Bringing Agriculture to the Table*. Chicago: Chicago Council on Global Affairs.

Nugent, R. et A. B. Feigl. 2010. *Where Have All the Donors Gone? Scarce Donor Funding for Non-communicable Diseases*. Working paper. Consulté en février 2016. http://www.cgdev.org/publication/where-have-all-donors-gone-scarce-donor-funding-non-communicable-diseases-working-paper.

Nutrition for Growth. Consulté le 9 avril 2016. http://nutrition4growth.org.

OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques). 2015. List of Fragile States and Economies Used for Preparing the 2015 OECD Report on States of Fragility. Consulté le 9 avril 2016. http://www.oecd.org/dac/governance-peace/conflictandfragility/docs/List%20of%20fragile%20states.pdf.

——————. 2016a. Système de notification des pays créanciers. OECD.Stat. Consulté le 9 avril 2016. https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=CRS1.

——————. 2016b. Données. Consulté en février 2016. https://data.oecd.org/fr/.

——————. 2016c. “L’aide au développement est stable mais la baisse des apports aux pays les plus pauvres se poursuit en 2014.” Communiqué de presse, 8 avril. Consulté le 14 avril 2016. http://www.oecd.org/fr/cad/stats/2014stabilitedelaideaudeveloppementmaispoursuitedelabaissedesapportsauxpayslespluspauvres.htm.

ODI (Overseas Development Institute). 2016. *Women’s Work: Mothers, Children, and the Global Childcare Crisis*. Consulté le 9 avril 2016. http://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/10333.pdf.

Odisha, Women and Child Development Department. 2016. Nutrition Operation Plan. Consulté le 26 avril. http://wcdodisha.gov.in/node/42.

Ofei-Aboagye, E. 2013. *Advancing Social Accountability in Social Protection and Socio-Economic Interventions: The Ghana School Feeding Programme*. Accra: Institute of Local Government Studies.

OIT (Organisation internationale du Travail). 2014. *Maternité et paternité au travail : Loi et pratique à travers le monde*. Genève. (En anglais)

Olney, D. K., A. Pedehombga, M. T. Ruel et A. Dillon. 2015. “A 2-Year Integrated Agriculture and Nutrition and Health Behavior Change Communication Program Targeted to Women in Burkina Faso Reduces Anemia, Wasting, and Diarrhea in Children 3–12.9 Months of Age at Baseline: A Cluster-Randomized Controlled Trial.” *Journal of Nutrition* 145 (6): 1317–1324.

OMS (Organisation mondiale de la Santé). 1981. *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel*. Genève.

——————. 2003. *Stratégie mondiale pour l’alimentation du nourrisson et du jeune enfant*. Genève.

——————. 2007. *Preventing and Controlling Micronutrient Deficiencies in Population Affected by an Emergency: Multiple Vitamin and Mineral Supplements for Pregnant and Lactating Women, and for Children Aged 6 to 59 Months*. www.who.int/nutrition/publications/WHO_WFP_UNICEFstatement.pdf. Genève.

——————. 2008. *Indicateurs pour évaluer les pratiques d’alimentation du nourrisson et du jeune enfant : Conclusions d’une réunion de consensus du 6 au 8 novembre 2007, à Washington, D.C., États-Unis d’Amérique*. Consulté en février 2016. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44144/1/9789242596663_fre.pdf.

——————. 2009. *Directives sur l’enrichissement des aliments en micronutriments*. Genève. http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/9241594012/fr/.

——————. 2010a. *Nutrition Landscape Information System (NLIS) Country Profile Indicators: Interpretation Guide*. Genève.

——————. 2010b. *Ensemble de recommandations sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants*. Genève.

——————. 2012a. *Assessing National Capacity for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases: Report of the 2010 Global Survey*. Consulté le 14 avril 2016. www.who.int/cancer/publications/national_capacity_prevention_ncds.pdf?ua=1.

——————. 2012b. “La nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant : projet de plan d’application exhaustif.” Genève. Consulté le 19 mars 2016. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_11-fr.pdf et http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_11Corr1-fr.pdf.

——————. 2013a. *Essential Nutrition Actions: Improving Maternal, Newborn, Infant, and Young Child Health and Nutrition*. Genève. Consulté en mars 2016. www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/essential_nutrition_actions/en/.

——————. 2013b. *Global Nutrition Policy Review: What Does It Take to Scale Up Action?* Genève.

——————. 2014a. “Global Nutrition Targets 2025: Low Birth Weight Policy Brief.” Genève. http://www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_lbw/en/.

——————. 2014b. *Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2014*. Consulté en février 2016. http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/fr/. (En anglais)

——————. 2014c. *WHO Global Health Expenditure Atlas 2014*. Consulté en février 2016. http://www.who.int/health-accounts/atlas2014.pdf.

——————. 2014d. *Global Nutrition Targets 2025: Policy Brief Series*. Consulté le 23 mars 2016. http://www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_overview/en/.

——————. 2015a. Global Health Observatory Data Repository. Consulté en juin 2015. http://apps.who.int/gho/data/node.main.A897A?lang=en.

———. 2015b. Profil national du système de santé, 2014. Consulté en avril 2016. http://apps.who.int/nha/database/Country_Profile/Index/fr.

———. 2015c. *Noncommunicable Diseases Progress Monitor 2015*. Consulté en mars 2016. www.who.int/nmh/publications/ncd-progress-monitor-2015/en/.

———. 2016a. Base de données des cycles de planification nationaux. Consulté le 9 avril 2016. http://www.nationalplanningcycles.org/. (En anglais)

———. 2016b. *Developing Country Scale-up Plans*. Consulté en février 2016. www.who.int/nutrition/EB128_18_backgroundpaper3_developingcountryscaleupplans.pdf.

———. 2016c. "Diabète." Consulté en février 2016. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/fr/.

———. 2016d. eLENA (Bibliothèque électronique de données factuelles pour les inverventions nutritionnelles). Consulté en février 2016. http://www.who.int/elena/fr/.

———. 2016e. Global Database on the Implementation of Nutrition Action (GINA). Consulté en février 2016. www.who.int/nutrition/gina/en/.

———. 2016f. Global Targets Tracking Tool. Consulté en février 2016. www.who.int/nutrition/trackingtool/en/.

———. 2016g. *The Healthy Growth Project*. Consulté en février 2016. www.who.int/nutrition/healthygrowthproj/en/index1.html.

———. 2016h. Landscape Analysis Country Assessments. Consulté en février 2016. www.who.int/nutrition/landscape_analysis/country_assessments/en/.

———. 2016i. Nutrition Landscape Information System (NLiS). Consulté en février 2016. http://apps.who.int/nutrition/landscape/report.aspx.

———. 2016j. "Obésité et surpoids." Consulté en février 2016. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/.

———. 2016k. Objective 6 of the Global NCD Action Plan. Consulté le 9 avril 2016. http://www.who.int/nmh/ncd-tools/objective6/en/.

———. 2016l. *Planning and Costing Nutrition Actions: The OneHealth Tool*. Consulté en février 2016. www.who.int/nutrition/publications/onehealth_tool/en/.

———. 2016m. *Hiérarchiser les domaines d'action prioritaires pour prévenir l'obésité de l'enfant*. Consulté en février 2016. www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/tools/fr/.

———. 2016n. "Progress on Sanitation and Drinking-Water: Fast Facts." Consulté en mars 2016. http://www.who.int/water_sanitation_health/monitoring/jmp_fast_facts/en/.

———. 2016o. *Rapport de la Commission pour mettre fin à l'obésité de l'enfant*. Consulté en mars 2016. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206451/1/9789242510065_fre.pdf.

———. 2016p. Set of 9 Voluntary NCD Targets for 2025. Consulté le 9 avril 2016. http://www.who.int/nmh/global_monitoring_framework/gmf1_large.jpg?ua=1.

———. 2016q. "UN, Kenyan Government Take Broad-Based Approach to Fighting NCDs." Consulté en février 2016. www.who.int/nmh/events/2014/kenya-ncd-prevention/en/.

———. 2016r. WHO MiNDbank: More Inclusiveness Needed in Disability and Development. Consulté le 9 avril 2016. https://www.mindbank.info/.

———. 2016s. "Noncommunicable Diseases and Mental Health." Consulté le 1er février 2016. http://www.who.int/nmh/ncd-tools/definition-targets/en/.

———. 2016t. "Nutrition : Cibles mondiales 2025 : Posters." Consulté le 1er février 2016. http://www.who.int/nutrition/topics/nutrition_globaltargets2025/fr/.

———. 2016u. Cost Effectiveness and Strategic Planning (WHO-CHOICE): OneHealth Tool. Consulté le 25 avril. http://www.who.int/choice/onehealthtool/en/.

———. 2016v. Health Accounts Production Tool (HAPT). Consulté le 25 avril. http://www.who.int/health-accounts/tools/HAPT/en/.

———. 2016w. Global Health Expenditure Database. Documentation Centre. http://apps.who.int/nha/database/DocumentationCentre/Index/en.

OMS, UNICEF et IBFAN (International Baby Food Action Network). 2016. *Commercialisation des substituts du lait maternel : mise en œuvre du code international à l'échelle nationale, Rapport de situation 2016*. Genève : OMS.

OMS, UNICEF et USAID (United States Agency for International Development). 2015. *Improving Nutrition Outcomes with Better Water, Sanitation, and Hygiene: Practical Solutions for Policies and Programmes*. Genève : OMS.

OPS (Organisation panaméricaine de la santé). 2015a. *Baby Friendly Hospital Initiative in Latin America and the Caribbean: Current Status, Challenges, and Opportunities*. Washington, DC.

———. 2015b. *Ultra-processed Food and Drink Products in Latin America: Trends, Impact on Obesity, Policy Implications*. Washington, DC.

PAA Afrique. 2016. "Purchase from Africans for Africa." Consulté en mars 2016. http://paa-africa.org/fr/.

PAM (Programme alimentaire mondial). 2016. WFP El Niño: *Preparedness and Response.* Situation Report 3, 4 March 2016. Consulté le 9 avril 2016. http://documents.wfp.org/stellent/groups/public/documents/ep/wfp282093.pdf.

Pérez-Escamilla, R., J. L. Martinez et S. Segura-Pérez. 2016. "Impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on Breastfeeding and Child Health Outcomes: A Systematic Review." *Maternal and Child Nutrition*. doi: 10.1111/mcn.12294.

Pettigrew, L. M., J. De Maeseneer, M. I. P. Anderson, A. Essuman, M. R. Kidd et A. Haines. 2015. "Primary Health Care and the Sustainable Development Goals." *Lancet* 386 (10009): 2119–2121.

Pickering, A. J. et J. Davis. 2012. "Freshwater Availability and Water Fetching Distance Affect Child Health in Sub-Saharan Africa." *Environmental Science and Technology* 46 (4): 2391–2397. doi: 10.1021/es203177v.

Popkin, B. M., S. Kim, E. R. Rusev, S. Du et C. Zizza. 2006. "Measuring the Full Economic Costs of Diet, Physical Activity and Obesity-related Chronic Diseases." *Obesity Reviews* 7 (3): 271–293.

Pratesi, M., ed. 2016. *Analysis of Poverty Data by Small Area Estimation*. Chichester, Royaume-Uni: Wiley.

Projet Sphère. 2015. *Manuel Sphère*. Consulté le 19 janvier 2016. http://www.spherehandbook.org/fr/evaluation-de-la-securite-alimentaire-et-de-la-situation-nutritionnelle/.

Rao, J. N. K. et I. Molina. 2015. *Small Area Estimation*. 2nd ed. Hoboken, NJ, US: Wiley.

Reddy, K. S. 2015. "India's Aspirations for Universal Health Coverage." *New England Journal of Medicine* 373 (1): 1–5.

Réseau des donateurs SUN. 2013. "Methodology and Guidance Note to Track Global Investments in Nutrition." Genève. http://scalingupnutrition.org/wp-content/uploads/2013/12/RESOURCE_TRACKING_METHODOLOGY_SUN_DONOR_NETWORK.pdf.

Rocha, C. 2016. "Work in Progress: Addressing Food Insecurity in Brazil." Dans *Food Poverty and Insecurity: International Food Inequalities*, édité par M. Caraher et J. Coveney, 105–115. Cham, Suisse: Springer International.

Roelen, K., H. K. Chettri et E. Delap. 2015. "Little Cash to Large Households: Cash Transfers and Children's Care in Disadvantaged Families in Ghana." *International Social Security Review* 68 (2): 63–83.

Rollins, N. C., N. Bhandari, N. Hajeebhoy, S. Horton, C. K. Lutter, J. C. Martines, E. G. Piwoz, L. M. Richter et C. G. Victora. 2016. "Why Invest, and What It Will Take to Improve Breastfeeding Practices?" *Lancet* 387 (10017): 491–504.

Royaume-Uni. 2013a. *Global Nutrition for Growth Compact*. Consulté le 9 avril 2016. www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/248760/Endorserscompact_update7_10_2013.pdf.

————. 2013b. *Nutrition for Growth Commitments: Executive Summary*. https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/207274/nutrition-for-growth-commitments.pdf.

————. 2016. *Budget 2016*. Policy Paper. Consulté le 17 avril 2016. www.gov.uk/government/publications/budget-2016-documents/budget-2016.

Ruel, M. T. et H. Alderman. 2013. "Nutrition-Sensitive Interventions and Programmes: How Can They Help to Accelerate Progress in Improving *Maternal and Child Nutrition*?" *Lancet* 382 (9891): 536–551.

Rutstein, S. O. et A. Way. 2014. *The Peru Continuous DHS Experience*. DHS Occasional Paper 8. Rockville, MD, US: ICF International.

Saha, K. K., M. Billah, P. Menon, S. El Arifeen et N. V. N. Mbuya. 2015. *Bangladesh National Nutrition Services: Assessment of Implementation Status*. Washington, DC: Banque mondiale.

Saleh, K. 2013. *The Health Sector in Ghana: A Comprehensive Assessment*. Washington, DC: Banque mondiale.

Savedoff, W. D., D. de Ferranti, A. L. Smith et V. Fan. 2012. "Political and Economic Aspects of the Transition to Universal Health Coverage." *Lancet* 380 (9845): 924–932.

Shaheen, F., J. Glennie, A. Lenhardt et J. M. Roche. 2016. *Every Last Child*. Londres: Save the Children.

Shekar, M., et al. 2015a. *Scaling Up Nutrition in the DRC: What Will It Cost?* Health, Nutrition, and Population (HNP) Discussion Paper. Washington, DC: Banque mondiale.

Shekar, M., M. Mattern, M. W. Eozenou, P. Hoang-Vu, J. Dayton Eberwein, J. K. Akuoku, J. Kweku, E. Di Gropello et R. W. Emanuela. 2015b. *Scaling Up Nutrition for a More Resilient Mali: Nutrition Diagnostics and Costed Plan for Scaling Up*. Health, Nutrition, and Population (HNP) Discussion Paper. Washington, DC: Banque mondiale.

Shekar, M. et al. 2015c. *Costed Plan for Scaling Up Nutrition: Togo*. Health, Nutrition, and Population (HNP) Discussion Paper. Washington, DC: Banque mondiale.

Shekar, M., J. Kakietek, M. D'Alimonte, D. Walters, H. Rogers, J. Dayton Eberwein, S. Soe-Lin et R. Hecht. 2016. *Investing in Nutrition: The Foundation for Development: An Investment Framework to Reach the Global Nutrition Targets*. Washington, DC: Banque mondiale, Results for Development, Fondation Bill et Melinda Gates, Children's Investment Fund Foundation et 1,000 Days. Peut être consulté aux adresses suivantes : http://www.worldbank.org/en/topic/nutrition/publication/investing-in-nutrition-the-foundation-for-development et http://thousanddays.org/resource/investing-in-nutrition/.

Slow Food. 2015. Notre philosophie. Consulté le 9 avril 2016. http://www.slowfood.com/network/fr/a-propos-de-nous/our-philosophy/.

SMART (Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions). 2006. *Measuring Mortality, Nutritional Status, and Food Security in Crisis Situations: SMART Methodology Version 1*. Consulté le 9 avril 2016. http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnadi428.pdf.

Smith, L. C. et L. Haddad. 2015. "Reducing Child Undernutrition: Past Drivers and Priorities for the Post-MDG Era." *World Development* 68: 180–204.

Spohrer, R. et G. S. Garrett. 2013. "Engaging Small-Scale Salt Producers." *Iodine Deficiency Disorder Newsletter*, November.

Stevens, G. A., M. M. Finucane, L. M. De-Regil, C. J. Paciorek, S. R. Flaxman, F. Branca, J. Pablo Peña-Rosas, Z. A. Bhutta et M. Ezzati. 2013. "Global, Regional, and National Trends in Haemoglobin Concentration and Prevalence of Total and Severe Anaemia in Children and Pregnant and Non-pregnant Women for 1995–2011: A Systematic Analysis of Population-Representative Data." *Lancet Global Health* 2013 (1): e16–e25.

Stufkens, J. 2014. "Summary of the 2014 Country Reports." Presentation made at the Eighth Meeting of BFHI Coordinators: Industrialized Countries, Eastern Europe and the Commonwealth of Independent States (CEE/CIS), June 6–8, Vilnius, Lituanie. www.bfiontario.ca/wp-content/uploads/2015/04/WHO-BFI-Global-perspective-handout-Marianne-Brophy.pdf.

Su, W., J. Huang, F. Chen, W. Iacobucci, M. Mocarski, T. M. Dall et L. Perreault. 2015. "Modeling the Clinical and Economic Implications of Obesity Using Microsimulation." *Journal of Medical Economics* 18 (11): 886–897.

Sunguya, B., K. Ong, S. Dhakal, L. Mlunde, A. Shibanuma, J. Yasuoka et M. Jimba. 2014. "Strong Nutrition Governance Is Key to Addressing Nutrition Transition in Low and Middle-Income Countries: Review of Countries' Nutrition Policies." *Nutrition Journa*l 13 (1): 65.

Tang, K. C., D. Nutbeam, C. Aldinger, L. St Leger, D. Bundy, A. M. Hoffmann, E. Yankah, D. McCall, G. Buijs, S. Arnaout et S. Morales. 2009. "Schools for Health, Education, and Development: A Call for Action." *Health Promotion International* 24 (1): 68–67.

Trieu, K., B. Neal, C. Hawkes, E. Dunford, N. Campbell, R. Rodriguez-Fernandez et al. 2015. "Salt Reduction Initiatives around the World—A Systematic Review of Progress towards the Global Target." *PLOS ONE* 10 (7): e0130247. doi: 10.1371/journal.pone.0130247.

Tüzün, E. H., D. K. Güven, L. Eker, B. Elbasan et S. F. Bülbül. 2013. "Nutritional Status of Children with Cerebral Palsy in Turkey." *Disability and Rehabilitation* 35 (5): 413–417.

Tzioumis, E. et L. Adair. 2014. "Global Trends in the Childhood Dual Burden of Malnutrition." *FASEB Journal* 28 (1) Supplement: 621–622.

Tzioumis, E., M. C. Kay, M. E. Bentley et L. S. Adair. 2016. "Prevalence and Trends in the Childhood Dual Burden of Malnutrition in Low- and Middle-Income Countries, 1990–2012." *Public Health Nutrition*: 1–14 [Publication électronique en avance de l'impression].

UNICEF. 2014. "Nutridash 2014." New York. Non publié.

————. 2015. *La Situation des enfants dans le monde 2015*. New York.

————. 2016a. "Le nombre de cas de malnutrition augmente en Afrique orientale et en Afrique australe tandis qu'El Niño s'active, prévient l'UNICEF." Communiqué de presse, 17 février. http://www.unicef.org/french/media/media_90252.html.

————. 2016b. UNICEF Global Databases. "Nutrition: Infant and Young Child Feeding." Consulté en avril 2016. www.data.unicef.org/nutrition/iycf.

————. 2016c. MICS (Multiple Indicator Cluster Surveys). http://mics.unicef.org/surveys.

————. 2016d. UNICEF Global Databases. Consulté en avril 2016. www.data.unicef.org.

UNICEF et OMS. 2015. *Progrès en matière d'assainissement et d'eau potable : Mise à jour 2015 et évaluation des OMD*. Consulté le 9 avril 2016. http://www.wssinfo.org/fileadmin/user_upload/resources/JMPreport_French_01.pdf.

UNICEF, OMS (Organisation mondiale de la Santé) et Banque mondiale. 2015. 2014 Joint Child Malnutrition Estimates: Levels and Trends (September 2015 update). Consulté le 17 avril 2016. http://data.worldbank.org/child-malnutrition.

UNOCHA (United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs). 2016. "El Nino: Overview of Impact and Projected Humanitarian Needs and Response as of 29 January 2016." Consulté le 9 avril 2016. http://reliefweb.int/report/world/el-ni-o-overview-impact-and-projected-humanitarian-needs-and-response-29-january-2016.

UNOCHA, PNUD (Programme des Nations Unies pour le développement), HCR (Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés), UNICEF, PAM (Programme alimentaire mondial) et Banque mondiale. 2015. *Addressing Protracted DisRangment: A Framework for Development-Humanitarian Cooperation*. New York: Center on International Cooperation.

UNSCN (Comité permanent de la nutrition du système des Nations Unies). 2014. *La contribution à la nutrition des politiques alimentaires et agricoles : Synthèse de huit études de cas nationales*. Consulté en mars 2016. http://www.unscn.org/files/Publications/Country_Case_Studies/french_UNSCN%20Synthesis%20Report_FINAL.pdf.

UN SDSN (Réseau des solutions pour le développement durable des Nations Unies). 2015. *Data for Development: An Action Plan to Finance the Data Revolution for Sustainable Development*. Consulté le 8 avril 2016. http://unsdsn.org/wp-content/uploads/2015/04/Data-For-Development-An-Action-Plan-July-2015.pdf.

USAID (US Agency for International Development). 2012. Semi-Quantitative Evaluation of Access and Coverage (SQUEAC)/Simplified Lot Quality Assurance Sampling Evaluation of Access and Coverage (SLEAC) Technical Reference. Consulté le 9 avril 2016. http://www.fantaproject.org/sites/default/files/resources/SQUEAC-SLEAC-Technical-Reference-Oct2012_0.pdf.

Uttar Pradesh, State Nutrition Mission. 2014. *Vision Document*, 2014–2024. http://www.snmup.in/MediaGallery/vision_eng.pdf.

van Jaarsveld, P., M. Faber, S. Tanumihardjo, P. Nestel, C. Lombard et A. Spinnler Benadé. 2005. "ß-Carotene–Rich Orange-Fleshed Sweet Potato Improves the Vitamin A Status of Primary School Children Assessed with the Modified-Relative-Dose-Response Test." A*merican Journal of Clinical Nutrition* 81 (5): 1080–1087.

Victora, C. G. et J. A. Rivera. 2014. "Optimal Child Growth and the Double Burden of Malnutrition: Research and Programmatic Implications." *American Journal of Clinical Nutrition* 100 (6): 1611S–1612S.

Victora, C. G., R. Bahl, A. J. D. Barros, G. V. A. França, S. Horton, J. Krasevec, S. Murch, M. J. Sankar, N. Walker et N. C. Rollins. 2016. "Breastfeeding in the 21st Century: Epidemiology, Mechanisms, and Lifelong Effect." *Lancet* 387 (10017): 475–490.

von Grebmer, K., J. Bernstein, A. de Waal, N. Prasai, S. Yin et Y. Yohannes. 2015. *Indice de la faim dans le monde : Conflits armés et le défi de la faim*. Bonn, Allemagne ; Washington, DC ; et Dublin, Irlande: Welthungerhilfe ; Institut international de recherche sur les politiques alimentaires (IFPRI) ; et Concern Worldwide.

Waters, E., A. de Silva-Sanigorski, B. J. Hall, T. Brown, K. J. Campbell, Y. Gao, R. Armstrong, L. Prosser et C. D. Summerbell. 2011. "Interventions pour la prévention de l'obésité infantile." *Cochrane Database of Systematic Reviews* 12 (CD001871).

WBTi (World Breastfeeding Trends Initiative). 2016. WBTi Tracking, Assessing, and Monitoring Systems. Consulté en février 2016. http://worldbreastfeedingtrends.org/.

WCRF International (World Cancer Research Fund International). 2016. "NOURISHING Framework." Consulté en mars 2016. www.wcrf.org/int/policy/nourishing-framework.

WCRF International et NCD Alliance. 2016. "Des engagements SMART ambitieux pour répondre aux MNT, à la surpondération et à l'obésité : Faire en sorte que la Décennie d'action des Nations Unies pour la nutrition compte pour toutes les formes de malnutrition." Londres.

World Economics. 2016. *Global Growth Tracker*. Consulté en mars 2016. www.worldeconomics.com/papers/Global%20Growth%20Monitor_7c66ffca-ff86-4e4c-979d-7c5d7a22ef21.paper.



PARTENAIRES DU RAPPORT SUR LA NUTRITION MONDIALE 2016







Guatemala (SESAN)





Malawi


Nigeria


Pakistan



Senegal (CLM)









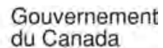










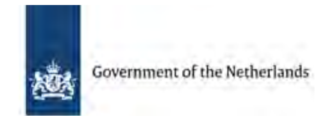



































University of Abomey-Calavi












University of Indonesia











